TITRES

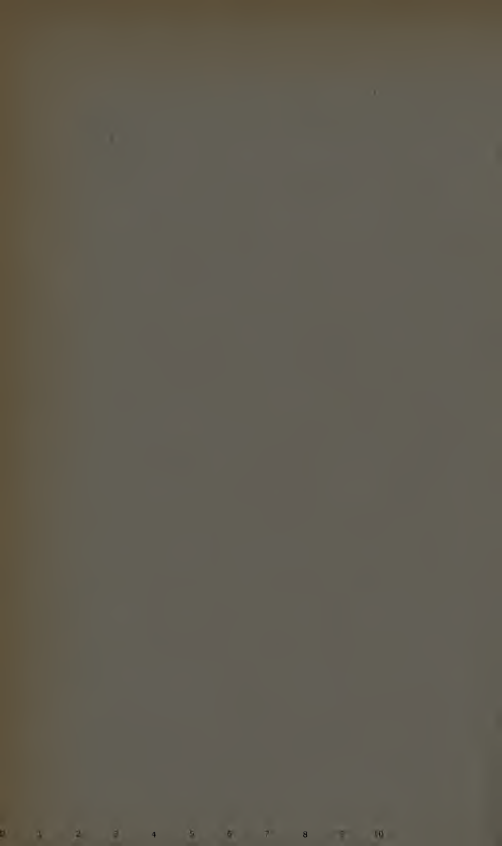
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur René CRUCHET

(Juillet 1920)





TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES



DU

Docteur René CRUCHET



BORDEAUX

IMPRIMERIES GOUNOUILHOU

9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

—

1920



TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine (1902).

Chef de Clinique médicale infantile (1902).

Chef adjoint de Clinique médicale générale (1906).

Lauréat de la Faculté (Prix de Thèse, Médaille d'or, 1902).

Prix du Conseil général de la Gironde (1901).

Prix de la Société des Amis de l'Université : Mention honorable (1900) et Médaille d'argent (1901).

Prix Godard (1906).

Agrégé de Pathologie interne et Médecine légale (Concours de 1907).

Chargé de cours de Pathologie et Thérapeutiques générales (1er février 1920).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux (Concours de 1895).

Interne des Hôpitaux (Concours de 1897).

Lauréat des Hôpitaux : Médaille d'argent (1901).

Médecin-Adjoint des Hôpitaux de Bordeaux (1907).

Médecin titulaire des Hôpitaux : Chef du Service à l'Hospice des Vieillards de Pellegrin (1919) et Médecin à l'Hôpital Saint-André (1920).

ENSEIGNEMENT

1907-1908 :

Clinique médicale, suppléance de M. le Professeur Picot (*semestre d'hiver*).

Conférences d'Anatomie pathologique macroscopique : La pratique des autopsies (*semestre d'été*).

1908-1909 :

Clinique médicale, suppléance de M. le Professeur Picot (*décembre-mars* 1909).

Travaux pratiques de Sémiologie médicale (*semestre d'été*).

1909-1910 et 1910-1911 (*semestres d'été*), 1911-1912, 1912-1913 et 1913-1914 (*semestres d'hiver*) :

Conférences de Pathologie interne.

1908-1913 :

Suppléances régulières de M. le Professeur Moussous à la Clinique médicale infantile (période des vacances).

1912-1913 :

Assistant de M. le Professeur Arnozan (Clinique médicale).

1918-1919 :

Conférences de Pathologie interne (*semestre d'hiver et vacances*).

Clinique médicale : suppléance de M. le Professeur Pitres (*semestre d'été*).

1919-1920 :

Clinique médicale : Suppléance de M. le Professeur Pitres (*semestre d'hiver*, jusqu'en février).

Cours de Pathologie et Thérapeutique générales *(février-mars)*. Objet du cours : Sémiologie cardio-vasculaire, notamment les hypertrophies cardiaques ; les bruits de galop ; les arythmies ; la pression artérielle).

Conférences de Pathologie interne (*semestre d'été*).

SOCIÉTÉS SAVANTES ET TITRES DIVERS

Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux. Lauréat de cette Société : Mention honorable (1900) et Prix (1901). Vice-Président (1920).

Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (1906). Lauréat de cette Société (Prix Barthe 1910).

Membre correspondant de la Société de Neurologie de Paris (1908).

Membre de l'Association des Médecins de langue française (1912).

Académie de Médecine (trois Mentions honorables).

Officier d'Académie (1908).

Officier de l'Instruction publique (1914).

MISSIONS ET DÉLÉGATIONS

Chargé de Mission universitaire en Allemagne et Suisse (1900), en Allemagne (1902 et 1909).

Chargé de Mission en République Argentine et Uruguay, au titre de l'Expansion universitaire et scientifique de la France à l'étranger (1918).

Délégué par l'Université de Bordeaux aux Fêtes de la réouverture de l'Université de Strasbourg (22 nov. 1919).

TITRES MILITAIRES

Grade à la mobilisation :

Médecin Aide-Major de 1re classe.

Promu :

Médecin-Major de 2e classe (16 janvier 1916).

Affectations successives aux armées (août 1914 à fin février 1918) :

Ambulance 5/68 (août 1914 à 27 septembre 1915).

Chef des Centres Neuro-Psychiatriques de Commercy (27 septembre à 22 décembre 1915) et de Verdun (22 décembre 1915 à fin février 1916).

MÉDECIN-CHEF DU 288e RÉGIMENT D'INFANTERIE (mars à mai 1916).

CHEF DU CENTRE NEURO-PSYCHIATRIQUE DE BAR-LE-DUC (mai 1916 à juillet 1917).

MÉDECIN-CHEF DE L'AMBULANCE 13/5 (3 juillet-fin octobre 1917).

MÉDECIN-CHEF DU TRIAGE DE L'H. O. E. 38 (à Froidos) durant la préparation et la durée de l'affaire d'août 1917 sur le Mort-Homme et la côte 304.

AFFECTÉ COMME DIRECTEUR DES ÉTUDES MÉDICALES AU CENTRE D'INSTRUCTION DE LA IIe ARMÉE A MAUJOUY (octobre 1917-fin février 1918).

Affectations dans la zone du territoire (mars 1918 à fin février 1919) :

MÉDECIN-CHEF DE L'HÔPITAL TEMPORAIRE 1 à LIBOURNE (avril-mai 1918), puis de la CIRCONSCRIPTION DE JONZAC (mai-déc. 1918).

MÉDECIN CONSULTANT DU SECTEUR BAYONNE-MONT-DE-MARSAN (décembre 1918).

BLESSURE DE GUERRE

Le 23 février 1916, à Verdun, pendant le bombardement, a été victime d'une forte commotion causée par l'éclatement d'un obus de gros calibre tombé à 3 mètres de lui, commotion qui a entraîné une perforation du tympan gauche et un enfoncement du tympan droit. (N'a pas voulu être hospitalisé et a continué son service.)

CITATION

A l'ordre du 288e régiment d'infanterie (13 mars 1916) :

« Arrivé au corps au cours des combats de la première semaine de mars, a pris sans retard la direction de son service et a organisé sous les obus le recueil et l'évacuation de nombreux blessés qui affluaient à son poste de secours. Chef calme, courageux et entendu. »

Le Lieutenant-Colonel :

PAPILLON-BONNOT.

PRÉAMBULE

Depuis ma première communication bien modeste en 1895 à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux jusqu'à ce jour, les publications faites ont été assez considérables puisqu'elles arrivent au chiffre de 213.

J'avoue sincèrement que je ne suis nullement impressionné par cette masse, somme toute énorme, de copie. Aussi ai-je préféré essayer de la passer au crible de la critique la plus serrée et ne retenir de ce gros et indéniable effort, que les quelques points paraissant avoir une valeur originale. Comme on est d'ailleurs, en principe, mauvais juge de soi-même, j'ai pris la précaution de moins tenir compte de mes appréciations personnelles que de celles de mes collègues de France et de l'étranger.

Les polémiques, parfois ardentes, qui se sont élevées en France autour de mes idées, notamment sur les Tics et les spasmes, sur l'Encéphalomyélite diffuse, dite léthargique, ou sur l'Hystérie, sont bien la preuve qu'elles avaient un certain intérêt. Mais leur diffusion à l'étranger est plus démonstrative encore. En dehors des travaux précédents, nos articles et nos communications sur la Psychogenèse de l'enfant, la Puberté, la Déficience mentale, la Chorée, la Crainte du danger et le Courage guerrier, etc... ont été et sont fréquemment cités un peu partout. Je tiens principalement à signaler le retentissement considérable qu'eut, en 1911, notre description princeps du Mal des aviateurs : *la presse médicale et quotidienne de tous les pays du monde en parla.*

Ce sont ces réalités de faits, dûment contrôlées, qui nous ont guidé dans le choix restreint et la mise en valeur respective de nos titres. Parmi ceux que j'estime de second ordre, il en est pourtant certains qui nous ont procuré quelques légitimes satisfactions d'amour-propre. Qu'on en juge par l'anecdote suivante :

Étant jeune docteur et désirant voir de près le fonctionnement d'un grand service de la capitale, j'allai un matin de janvier ou février 1906 à l'Hôtel-Dieu et pénétrai chez le professeur Dieulafoy. Une foule immense se pressait sur les pas du maître célèbre qui, escorté de ses fidèles collaborateurs en blouse blanche — chefs de clinique, internes, externes et roupious — allait de lit en lit, semant avec autorité la bonne parole médicale. Dans un remous de cette vague humaine, je me trouvai soudain auprès de lui et, prenant mon courage à deux mains, carrément me présentai.

L'illustre maître s'arrêta net au cours de sa visite et, me regardant bien en face, l'œil vif et pétillant d'esprit : « M. Cruchet de Bordeaux. Ah ! bien !» dit-il. Et après avoir décrit un geste large, comme pour prendre à témoin tous ceux qui l'entouraient, il ajouta de cette voix chaude qui lui était particulière et dans laquelle chantait toujours une pointe d'accent natal toulousain :

— M. Cruchet de Bordeaux; mais nous vous connaissons parfaitement ici. C'est bien vous, n'est-ce pas, qui avez rapporté cette magnifique observation de cécité hystérique chez une jeune fille de douze ans à qui la vue du rouge rendait, à chaque crise, la vision perdue ?

Le silence le plus absolu avait remplacé le bruit confus du va-et vient habituel. Tous les yeux étaient fixés sur moi. On aurait entendu tomber une épingle sur le parquet de la salle Saint-Christophe.

Complètement interloqué par la question, pourtant si élogieuse du savant clinicien, je n'eus pas la force de répondre et demeurai coi. Mais lui, sans doute amusé de mon émoi et heureux de l'effet produit, continuait devant l'auditoire suspendu à ses lèvres le récit de l'histoire de ma propre malade avec des détails minutieux d'une impeccable précision :

— Un jour, votre Marthe — car elle s'appelait Marthe, n'est-il pas vrai — recouvra la vue en reconnaissant l'étiquette pharmaceutique de couleur rouge collée sur un sac de farine de moutarde qui était posé non loin de là sur une table; un autre jour ce fut à la vue, sur une étagère, de plusieurs bouteilles de rhum ayant des étiquettes de couleur rouge foncé; les autres fois, en apercevant un Christ d'ivoire se détachant sur un fond de velours rouge, un coussin de velours rouge, un corsage doublé de rouge, une paire de pantalons rouges...

Et le maître, qui aimait bien ces petits coups de théâtre, conclut fort galamment :

— Vous voyez bien, monsieur, que nous vous connaissons tous ici. La présentation est déjà faite [1].

---

[1] La vérité m'oblige à dire que le professeur Dieulafoy avait fait quelques semaines auparavant deux cliniques magistrales sur la cécité hystérique, au cours desquelles il avait longuement cité notre observation **(44)**. Voir du reste : Dieulafoy, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* 1905-1906, Masson et C[ie], éditeurs, 1906 : deux ca de cécité hystérique (pp. 75 à 106). Les faits ci-dessus rapportés figurent précisément, presque mot pour mot, dans les pp. 85 à 88.

I. TRAVAUX ORIGINAUX

Les définitions médicales.

Dans l'étude des maladies, il faut d'abord observer les symptômes et reconnaître l'ordre dans lequel ils se groupent : c'est la description des syndromes. Ensuite on cherche à déterminer quelles sont les régions de l'organisme dont l'atteinte a provoqué la manifestation des phénomènes morbides; enfin on s'efforce de déceler les causes mêmes du mal afin de tirer de cette remarque les conclusions pratiques pour le pronostic et le traitement.

Ces opérations successives et indispensables de l'examen médical sont loin, même aujourd'hui, d'être suivies par les médecins. Les une basent leurs définitions sur les signes cliniques, les autres sur les lésions observées; ceux-ci sur les causes, ceux-là sur les effets du traitement. Souvent même les termes de la définition reposent sur des suppositions, ce qui obscurcit encore davantage le problème. Les définitions portant ainsi sur des faits qui ne sont nullement comparables entre eux, il en résulte des discussions interminables, d'autant plus inutiles et sans profit pour la science médicale, qu'elles n'envisagent pas les mêmes objets.

Voici quelques exemples du raisonnement le plus habituellement suivi :

Premier exemple. — L'angine diphtérique est due au bacille de Lœffler. Donc, toute angine à fausse membrane, mais sans Lœffler, n'est pas diphtérique. Et corollaire : tout sujet qui a une angine simple ou même qui n'a pas d'angine du tout, mais qui héberge du bacille de Lœffler dans son pharynx, est atteint de diphtérie.

Deuxième exemple. — La fièvre typhoïde est due au bacille d'Éberth. Donc toute fièvre ayant les caractères cliniques de la

typhoïde, mais dans laquelle on ne trouve pas de bacille d'Éberth, n'est pas une fièvre typhoïde. Et corollaire : tout sujet chez lequel on débusque du bacille d'Éberth, même s'il ne présente aucun signe de typhoïde, sera déclaré néanmoins atteint de fièvre typhoïde.

Troisième exemple. — La méningite cérébro-spinale est due au méningocoque. Donc, toute méningite sans méningocoque n'est pas cérébro-spinale. Et corollaire : tout sujet qui présente du méningocoque, même sans méningite, est atteint de méningite cérébro-spinale.

J'ai été frappé depuis longtemps de cette méthode de raisonnement qu'on retrouve si souvent de nos jours, mise en pratique dans la définition des maladies. Dès 1903, à propos de l'angine diphtérique [**143**], nous avions, ainsi qu'il suit, formulé des réserves :

Je trouve que le rapport intime établi entre la diphtérite de Bretonneau et le bacille de Klebs-Lœffler n'est pas justifié réellement. La spécificité qu'on attribue à ce bacille ne lui appartient pas, en fait, à lui tout seul. D'abord, nous avons vu que nombre de microorganismes pouvaient donner naissance à des fausses membranes, tout comme le bacille de Klebs-Lœffler; et puis, du moment qu'un autre microbe quel qu'il soit [pneumocoque, staphylocoque — cas personnel (**144**) —, streptocoque —, cas personnel (**144**) —, colibacille, etc.], en plus de la formation de la fausse membrane, peut entraîner tous les signes cliniques de la diphtérie, y compris la paralysie et même le croup, je me demande pourquoi il y a diphtérie dans un cas et pas dans les autres.

Il me semble plus conforme à la vérité d'admettre que la diphtérite, qui ne se comprend pas sans fausses membranes, est due à l'action de microorganismes divers : parmi ceux-ci, le bacille de Klebs et ses analogues (pseudo, vrais et faux) sont de beaucoup les plus fréquents; mais le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille, le tétragène, le bacille de Friedlander, divers cocci peuvent également être mis en cause.

Ces considérations générales, loin d'être une simple discussion de mots, nous paraissent au contraire de réelle importance. Dans ces dernières années, beaucoup à la suite de la bactériologie, on s'est laissé entraîner à classer les affections par familles microbiennes : on a vu les pleurésies ou les méningites ou les péritonites, etc., décrites avec des symptômes différents suivant les microbes qu'on y rencontrait. La création de groupes comme les pseudo-tétanos ou comme les pseudo-diphtéries ne sont pas d'autre nature; c'est le démantè-

lement d'un cadre symptomatique — admis de tout temps à juste raison — au profit de microorganismes qui ne sont peut-être pas aussi spécifiques qu'on le prétend généralement.

Il nous semble que la bactériologie — mal interprétée — tient le rang principal dans cette confusion. A bien réfléchir, ce n'est point avec des notions purement microbiennes qu'on doit établir des classifications cliniques. De l'examen des organes et des appareils, des modifications apportées dans les tissus et les tumeurs doit se déduire le cadre symptomatique; et de la réunion des signes qui en résultent, groupés dans tel ou tel ordre, doit dériver le diagnostic de telle ou telle maladie. Ç'a été l'erreur de certains esprits modernes de croire qu'à tel enchaînement de phénomènes morbides toujours le même, correspondait nécessairement tel agent bactérien toujours le même, qu'on baptisa de « spécifique ». N'est-il point démontré, à notre époque, que telle maladie est le plus souvent fonction d'agents variables, soit toxiques, soit infectieux? Ne sait-on pas que la cirrhose atrophique n'est pas seulement alcoolique, mais saturnine, butyrique ou tuberculeuse; que la pleurésie, come la péricardite ou la néphrite, sont dues à une foule de microorganismes divers? N'a-t-on même pas vu revivre en ces dernières années les notions d'inflammations simples, amicrobiennes, du genre des méningites séreuses par exemple?

Tous ces faits montrent à l'évidence qu'il ne faut pas demander à la bactériologie plus qu'elle ne peut nous donner. Commençons tout d'abord par reconnaître les maladies, nous chercherons ensuite à remonter à leur cause; après le diagnostic symptomatique nous ferons seulement le diagnostic étiologique.

La même démonstration clinique peut être faite à propos de la stomatite pseudo-membraneuse qui, dans quinze observations personnelles, a été due (d'après les cultures du professeur Ferré), à du bacille de Lœffler, du streptocoque, du staphylocoque, du diplocoque ou du microcoque. Si la stomatite pseudo-membraneuse est une entité au point de vue clinique, cette entité, au point de vue bactériologique, est fonction de microorganismes différents [**141**].

Nous avons défendu les mêmes idées à propos de la paralysie infantile [**142**] :

... C'est donc créer au point de vue symptomatique, une confusion regrettable que de venir parler, dans le tableau de la paralysie spinale infantile, de méningite cérébro-spinale, de polio-encéphalite, de paralysie bulbaire, de radiculite et de polynévrite. La vérité est que chacun de ces syndromes a sa valeur propre, et qu'il faut la lui laisser. Ce sera l'œuvre d'un agent infectieux ou d'un virus quelconque, en attaquant certains points de l'organisme, de grouper dans tel ou tel

ordre, un nombre déterminé de syndromes cliniques : et nous en noterons l'existence et l'association, pour établir la symptomatologie de la maladie ainsi créée. Mais nous n'avons pas le droit, quand ces syndromes sont pris « pêle-mêle dans le cours d'une même épidémie » (Medin) de vouloir, à un seul, subordonner tous les autres.

Ainsi la maladie, décrite par Médin, et qui correspond à une sorte de méningo-cérébro-myélite diffuse, ne saurait prétendre être assimilée au syndrome paralysie infantile pas plus qu'au syndrome méningite cérébro-spinale. Il se peut que le syndrome méningite cérébro-spinale, de même que le syndrome paralysie infantile en soient le résultat ou la manifestation dans un cas donné, mais cela est absolument contingent.

Voici encore notre argumentation au sujet du tétanos [**176**] :

Je trouve pour défendre le syndrome tétanos les mêmes arguments que j'ai fait valoir à propos du syndrome «angine diphtérique», ou du syndrome « croup », ou du syndrome « fièvre typhoïde » ou du syndrome «méningite cérébro-spinale» ou encore « paralysie spinale infantile ». Les réactions morbides de notre organisme sont limitées; elles sont conditionnées par la situation des viscères et organes, leur constitution, leur rapports; il est difficile d'admettre une seule cause spécifique; il y a au contraire des causes multiples dont le nombre s'accroît sans cesse chaque jour.

Vouloir subordonner le diagnostic de tétanos à la présence du bacille de Nicolaïer-Kitasato est une erreur nosologique qui nous a déjà conduits à la plus inextricable confusion. On en est arrivé ainsi à considérer comme des faux tétanos des syndromes qui avaient tous les symptômes du tétanos, parce que le bacille de Nicolaïer manquait; au contraire, des troubles ressemblant peu ou de loin au tétanos ont été baptisés tétanos parce que le bacille spécifique avait pu être isolé, coloré, cultivé.

Il me paraît non seulement plus pratique et plus simple, mais aussi plus juste de considérer, en premier lieu, le syndrome tétanos tel qu'il existe cliniquement et, en second lieu, de rechercher, si on peut le déceler, quel microbe particulier est en cause dans tel cas donné.

C'est ainsi que nous aurons les tétanos à bacille de Nicolaïer; les tétanos à pneumocoques (Chaillous); et surtout les tétanos à bacille de Lœffler qui ont été particulièrement étudiés par l'École de Bordeaux avec Moussous et son élève Félix Brunet (**182**), Emile Bitot, Rocaz, Leuret et Buard. Ce n'est pas une opération hautement scientifique que celle qui a consisté à cataloguer « pseudo-tétanos » ou surtout « tétanie », les observations absolument typiques de tétanos dans lesquelles, au lieu du bacille de Nicolaïer, on trouva du Klebs-Lœffler. Je persiste donc, au nom de la clinique, à défendre la pluralité causale du syndrome tétanos.

Torticolis spasmodiques. — Tics et spasmes.

Torticolis spasmodiques.

Le *Traité des torticolis spasmodiques* [**172**] constitue la première tentative qui ait été faite, dans la science médicale, pour voir dans le torticolis névropathique non une maladie autonome, mais toute une série de types cliniques différents réunis bien à tort, jusqu'ici, sous une même appellation générale.

Après un long historique, nous avons ainsi considéré dans le *torticolis spasmodique* les variétés suivantes, qui sont autant de chapitres originaux : 1° *le torticolis névralgique ;* 2° *le torticolis professionnel ;* 3° *le torticolis paralytique ;* 4° et 5° *les torticolis spasmodiques vrais* et *symptomatiques ;* 6° et 7° *les torticolis rythmiques essentiels* et *symptomatiques ;* 8° *les tics du cou ;* 9° *le torticolis d'habitude* et *le torticolis mental.*

Chacun de ces chapitres constitue une véritable monographie qui fait connaître, pour chaque variété de torticolis, en dehors de la pathogénie et de l'étiologie, les symptômes cliniques qui lui sont propres, et le traitement particulier qui lui est applicable.

1° *Le torticolis névralgique* — qui n'avait jamais été décrit avant nous — est une attitude de défense ou une série de mouvements convulsifs qui sont les analogues, au niveau du cou, des contractions et des secousses qui caractérisent le tic douloureux au niveau de la face.

2° Dans le *torticolis professionnel*, peu étudié jusqu'à nous, le torticolis se produit exclusivement à l'occasion d'un acte professionnel, toujours le même, mettant en jeu les muscles du cou (écrire, coudre, paver, etc.), alors que tous les autres actes impliquant ces mêmes muscles, laissent le cou absolument libre de ses mouvements.

3° Nous montrons ensuite que le *torticolis paralytique*, de même que la paralysie faciale, peut être d'origine centrale ou périphérique : cette dernière opinion, rejetée par tous les auteurs contemporains, nous paraît néanmoins amplement justifiée, ainsi qu'il ressort des nombreux documents que nous avons apportés.

4° Le *torticolis spasmodique* peut être *franc ;* et alors, il est l'analogue, au niveau du cou, du spasme facial au niveau de la face; c'est là un point sur lequel nous avons spécialement insisté et qui n'avait guère été spécifié auparavant. Ou bien ce torticolis est

symptomatique; et, dans ce cas, il peut se présenter en particulier sous la forme de *bradykinésie spasmodique*, maladie entièrement nouvelle, ou passée inaperçue jusqu'à ce jour, décrite par nous pour la première fois, et dont la réalité à été adoptée par l'École anglaise (voir *Brain*, nº 119, vol. XXX, p. 395 et 396, 1907).

5º Les *torticolis rythmiques* ou *rythmies du cou* forment la partie « spécialement originale », selon le mot des Anglais eux-mêmes, de notre traité. Nous avons montré que ces mouvements rythmiques pouvaient être *symptomatiques* (fièvre typhoïde, érysipèle, méningite, tétanos, alcoolisme, impaludisme, helminthiase, rachitisme, etc.); ou bien qu'ils pouvaient être *essentiels* et constituer une habitude de la veille ou du sommeil. Nos idées sur ces *rythmies du sommeil* sont non seulement adoptées actuellement en France, mais aussi à l'étranger, en particulier en Autriche, en Allemagne et en Angleterre.

6º Les *tics du cou* sont étudiés ensuite; nous les distinguons cliniquement du *torticolis mental*, qui est une mauvaise attitude d'habitude, tandis que le tic est un geste d'habitude déplaisant. Des nombreux documents exposés, il résulte que le torticolis, dit mental, est exceptionnellement mental : c'est encore là une opinion personnelle que nous avons été le premier à défendre, et qui tend à être admise de plus en plus.

— En résumé, nous croyons par nos recherches, selon le mot du professeur Pitres, « avoir jeté un peu de clarté sur l'une des questions les plus obscures de la pathologie médicale »; nous croyons aussi avoir indiqué, pour chaque variété de torticolis névropathique, les moyens de traitement et parfois de guérison. Et si cet ouvrage a réclamé de nous une patience et un labeur considérables — il ne renferme pas moins de 357 observations, dont les étrangères ont été traduites par nous-même du grec et du latin, de l'anglais et de l'allemand, de l'espagnol et de l'italien — nous pouvons dire que nous en avons été récompensé par le bon accueil qui lui a été fait tant en France qu'à l'étranger. Les principaux journaux *La Presse médicale*, *la Province médicale*, *la Gazette des hôpitaux*, *le Progrès médical*, *la Revue générale des sciences pures et appliquées*, *la Tribune médicale*, *les Archives de neurologie*, les *Archives de médecine expérimentale*, l'*Encéphale*, *The British medical Journal*, *Brain*, *Berliner* et *Münchner Medizinische Wochenschrift*, etc., etc., ont consacré à ce traité des articles élogieux. Qu'il nous soit permis de citer seulement

l'Anglais Wilson qui, au cours d'une longue analyse de six pages dans le *Brain*, écrit ceci : « La dette que nous devons à l'École française de neurologie pour son travail alternativement analytique et synthétique dans l'élucidation des maladies fonctionnelles, est aussi grande aujourd'hui qu'au temps de Charcot... Ce livre associe une solide valeur scientifique à un style agréable et lucide et montre jusqu'à l'évidence la grande culture de son auteur. » (pp. 393 et 398).

TIQUOSE.

Aux temps anciens comme au Moyen-Age, le mot *spasme* ou *convulsion* s'appliquait à toutes les innombrables variétés de perturbation du mouvement, que ce spasme soit généralisé ou localisé, qu'il soit la signature de l'épilepsie, de l'hystérie, des convulsions de l'enfance, de l'éclampsie puerpérale, du tremblement, de la chorée, qu'il revête la forme tonique, comme dans l'état de tétanos, l'état de contracture, le strabisme, etc., ou même qu'il s'agisse de paralysie faciale, comme dans certaines formes de spasme cynique ou *tortura oris*.

Le mot *tic*, qui n'est qu'une corruption du mot italien *tiro*, lequel est lui-même synonyme de spasme ou de convulsion, fut pris, dès son apparition au XVIIe siècle, dans une acceptation identique. Ce n'est qu'au XIXe siècle, surtout avec Duchenne, puis Charcot et ses élèves, que l'état convulsif se désagrégea et que l'on vit s'ériger en chapitres vraiment distincts l'ataxie, le tremblement, la chorée, l'épilepsie, l'hystérie, les spasmes fonctionnels, les tics, etc.

Dans ces chapitres généraux eux-mêmes, divers types cliniques ne tardèrent pas à être isolés : la paralysie agitante fut tirée du tremblement en général, ainsi que la sclérose en plaques, l'épilepsie jacksonienne de l'épilepsie, l'ataxie cérébelleuse de l'ataxie médullaire, la chorée de Sydenham et la chorée chronique du syndrome chorée, et ainsi de suite. Nous avons continué l'évolution en ce qui concerne les tics.

Encore en 1901, époque à laquelle nous avons commencé nos travaux sur les tics, il y avait peu de chapitres de neurologie plus obscurs que celui-là. Actuellement, on peut dire que la question s'est singulièrement clarifiée ; s'il reste quelques points de discussion entre l'École de Bordeaux et l'École de Paris, nous en entrevoyons nettement la fin — et certainement à notre profit.

Caractères cliniques. — Le tic consiste essentiellement en « l'exécution brève et brusque, soudaine et impérieuse, involontaire et absurde, répétée à intervalles irréguliers mais rapprochés, d'un mouvement simple, isolé ou d'ensemble, complexe qui représente objectivement un acte adapté à un but déterminé. »

Ses deux variétés essentielles sont le *tic d'habitude* et le *tic convulsif*. Dans la première doivent entrer la plupart des faits décrits par les Anglais sous le nom d'*habit chorea* ou *habit spasm ;* dans la seconde, les cas de chorée électrique ou maladie de Bergeron, encore désignée sous les termes de maladie de Henoch, ou d'électrolepsie, de Tordeus.

Défendre cette idée que le tic, surtout convulsif, est un mouvement anormal ayant toujours une certaine brusquerie, paraît une vérité de bon sens, presque un truisme. Cependant, l'École de Brissaud discute encore ce fait. Prenant argument que l'origine du tic est ordinairement psychique, elle en arrive à considérer cet élément pathogénique comme se suffisant à lui-même et ne voit dans le phénomène clinique moteur qu'une réaction secondaire. Ainsi est née cette conception bizarre du tic tonique (dans lequel il n'y a pas de mouvement mais persistance d'attitude) et même du tic mental, dans lequel il n'y a plus aucun trouble moteur apparent. Soulignons ainsi de nouveau cette erreur de méthode, toujours du même ordre, qui perd de vue les phénomènes cliniques — les plus facilement objectifs et reconnaissables — pour ne tenir compte que de la cause, sur laquelle, d'ailleurs, on n'est pas absolument d'accord.

La tendance du tic à l'extension et à la bilatéralité, sa disparition dans le sommeil, son atténuation dans les mouvements respiratoires rythmés, sa suspension momentanée dans les actes de la vie courante lui donnent une physionomie clinique tout à fait particulière.

Jusque vers 1900, on considérait les tics convulsifs comme une maladie incurable. Nous avons démontré qu'il n'en était rien et avons pu faire connaître un grand nombre de cas de guérisons par le traitement au moyen de la gymnastique respiratoire (selon la méthode de Pitres). Notre statistique est toujours aussi favorable qu'au premier jour : ce traitement est devenu, du reste, d'un usage courant.

RYTHMOSE.

Les mouvements rythmiques constituent, ainsi que nous l'avons démontré, un groupe de mouvements à part, longtemps confondu avec les tics; nous les avons isolés et définis de la façon suivante:

Les rythmies sont « des mouvements simples ou combinés qui-chez un sujet donné et pendant un certain temps, se reproduisent sensiblement identiques à eux-mêmes, en nombre, en vitesse, en intensité, et se succèdent à des intervalles de temps égaux. »

Ces mouvements, qui ont la régularité rythmée d'un métronome, peuvent se rencontrer dans toutes les régions du corps; mais ils sont particulièrement fréquents au niveau de la tête et du cou. La plupart des observations de chorée électrique, dite de Dubini, rentrent également, nous l'avons prouvé, dans le même groupement rythmique. Il en est de même des spasmes rythmiques de l'hystérie.

Nous avons classé ces rythmies en rythmies *aiguës*, comprenant sous un terme plus exact les cas de chorée électrique de Dubini, de pronostic généralement fâcheux; et les rythmies *chroniques* dont les causes originelles les plus communes sont dues soit à l'épilepsie ou l'hystérie, soit à l'idiotie ou à des mauvaises habitudes remontant habituellement à la première enfance (rythmie d'habitude). Voir également la thèse de Granval [**193**].

Dans ces rythmies d'habitude, nous avons isolé une forme curieuse qui n'a lieu que **pendant le sommeil**; elle se manifeste surtout dans le jeune âge, mais elle n'est pas rare à l'adolescence et même à la caserne — ainsi que nous l'avons démontré; — elle peut persister jusqu'à la quarantaine et même exceptionnellement jusque dans la vieillesse.

Le siège en est le plus souvent la tête et le cou; cependant, les autres parties du corps peuvent être atteintes; on a signalé notamment des rythmies du derrière qui se reproduisaient régulièrement toutes les nuits, durant le sommeil de l'enfant.

Les caractères de ces rythmies les rapprochent, ainsi que nous l'avons établi, de ceux du ronflement banal, dont elles partagent le rythme, l'apparition en séries en dehors du premier sommeil ou sommeil profond, les modifications sous l'influence des agents extérieurs les plus divers (sifflement, bruit, simple froissement de journal, attouchement ou pincement, etc.), l'oubli complet au réveil de ce qui s'est passé, en particulier de la rythmie elle-même.

Hémispasme facial.

Nous avons nettement différencié dès nos premiers travaux cette forme particulière de réaction convulsive de la face du tic convulsif proprement dit, avec lequel elle était continuellement confondue. Nous avons décrit au début le spasme facial sous le nom de tic organique ou matériel, mais les faits sont rigoureusement les mêmes; et si nous avons accepté le mot spasme en 1905 pour éviter toute confusion verbale, il est bien entendu que notre description demeure identique.

D'une façon générale, le spasme facial est unilatéral, afiguré, c'est-à-dire ne présentant pas un mouvement adapté à un acte déterminé; il est à la fois fibrillaire, tonique et clonique, donnant assez exactement le tableau de la grimace que produit sur un côté de la face l'excitation électrique du nerf facial du même côté; il est par conséquent non reproduisible exactement sous l'influence de la volonté; il persiste enfin dans le sommeil.

On peut distinguer trois variétés dans l'hémispasme facial : *a)* le spasme d'emblée, dans lequel les muscles de la face réagissent sous la forme d'un spasme au lieu de tomber en paralysie; *b)* le spasme paralytique, assez exceptionnel; *c)* le spasme postparalytique, forme la plus fréquente et la plus connue.

Il s'agit, dans ces divers cas, de lésions ou d'irritation portant sur la voie faciale périphérique, depuis les noyaux du facial jusque sur les filets de terminaison de ce nerf.

Myokymie.

J'ai désigné sous ce nom, déjà employé dans un sens différent, le syndrome moteur « caractérisé par des secousses fibrillaires et comme à « fleur de peau », isolés, de superficie limitée, pouvant siéger en tout point du corps, survenant par crises de durée extrêmement courte (cinq à quarante ou quarante-cinq secondes) à début soudain et à cessation brusque, de production éphémère et sans tendance à marche progressive. »

Ces phénomènes m'avaient frappé au cours de mes recherches sur le spasme facial, pouvant dans quelques cas en être considérés comme le début, mais le plus souvent n'ayant aucun rapport avec

fui. D'autre part, il est facile de constater que toutes les parties du corps peuvent être le siège de manifestations musculaires identiques.

La forme la plus habituelle est la forme oculaire. Cette danse de l'œil agace les individus, surtout s'ils sont névropathes et ils vont consulter le médecin, plus spécialement l'oculiste. Sauf dans les cas assez rares où les réactions gagnent peu à peu toute la moitié de la face et se transforment en hémispasme, la guérison est fréquente, après un temps, variable suivant les sujets, mais qui est souvent très court.

Il est impossible de confondre ces secousses myokymiques avec le tic convulsif pour des raisons analogues à celles mentionnées dans l'étude du spasme.

Bradykinésie spasmodique.

Ainsi que nous l'avons dit à diverses reprises, la chorée chronique n'est qu'une variété moins spasmodique d'athétose. De même entre les chorées athétoses et l'état normal se placent toute une série de types intermédiaires parmi lesquels nous avons isolé ce que nous avons appelé la *bradykinésie spasmodique*, dont la réalité a été acceptée en Angleterre (voir plus haut, p. 14).

Cet état spasmodique, de marche essentiellement progressive, qui peut débuter dans l'enfance, ainsi que je l'ai noté, se rencontre aussi à l'âge adulte et au delà, à la suite de maladies infectieuses ou sans cause connue.

Il s'agit d'un syndrome spasmodique généralisé entraînant un état soudé, figé, s'accompagnant de raideur avec lenteur de tous les mouvements. Les actes volontaires, quels qu'ils soient, sont gênés, ralentis : écriture, marche, gestes divers des bras, de la tête, du tronc. L'exécution des mouvements exagère souvent l'état spasmodique; fréquemment, au repos, il y a des mouvements choréiformes ou athétoïdes des extrémités; on note de l'instabilité musculaire de toutes les parties du corps; les troubles vaso-moteurs avec sudation et rougeur excessive des aisselles, des mains, des pieds, sont presque la règle; enfin, la parole est traînante, bredouillante, difficile à comprendre.

On ne peut pas porter le diagnostic de chorée ou d'athétose, de paralysie agitante, de syndrome de Little ou de sclérose en plaques, d'ataxie locomotrice, de maladie de Thomsen ou de torticolis spas-

modique. Sans doute, certains symptômes rappellent quelques-uns de ceux des maladies précédentes, mais ils ne sont pas suffisants, à eux seuls, pour faire songer à une de ces maladies déterminées. Aussi je les ai catalogués sous le nom de *bradykinésie spasmodique* parce que la lenteur du mouvement et les secousses spasmodiques qui s'y associent constituent les caractères les plus constants.

1. **Le tic convulsif et ses variétés cliniques** (Mémoire pour la 4e année d'internat, 1901).

2. **Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique. — Méthode de Brissaud et méthode de Pitres** (Thèse de Bordeaux, 1901-1902, 177 pages; *médaille d'or* des thèses).

3. **Des tics en général; classement des tics** (Communication faite au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Grenoble, 1902; in *Comptes rendus* du Congrès, vol. II, pp. 81 à 90, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 31 août 1902).

4. **Cinq cas de tics traités par la gymnastique respiratoire,** en collaboration avec M. le Professeur Pitres. (Communication au même Congrès, vol. II, pp. 123 à 128.)

5. **Six nouveaux cas de tics traités par la gymnastique respiratoire,** en collaboration avec M. le Professeur Pitres (Communication au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bruxelles, août 1903).

6. **Sur un cas de tic de la tête et du tronc n'existant que pendant le sommeil** (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 20 mai 1904, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 juillet 1904).

7. **Formes cliniques des tics unilatéraux de la face** (Communication au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Pau, 3 août 1904, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 16 octobre 1904).

8. **Tics et sommeil** (*La Presse médicale*, 18 janvier 1905, nº 5, pp. 33 à 35).

9. **Hémispasme facial périphérique postparalytique** (Communication au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Rennes, 2 août 1905, et *Revue neurologique*, 30 octobre 1905).

10. **Des myokymies et des acaralgies éphémères** (*Soc. de Neurologie*, 1er avril 1909; in *Revue neurologique*, 1909, pp. 513-518).

11. **Le tic hystérique**, en coll. avec M. le Professeur Pitres (Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Rennes, 2 août 1905, et *Journ. de Neurologie*, Bruxelles, 20 déc. 1905, pp. 541 à 553).

12. **Contribution à l'étude des rythmies d'habitude du sommeil : les balancements rythmiques du sommeil chez l'enfant** (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 26 janvier 1906, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 18 février 1906).

13. **Sur deux cas de tics convulsifs persistant dans le sommeil** (*Soc. de Neurologie de Paris*, 1er mars 1906; in *Revue neurologique*, même mois).

14. **Sur un cas de maladie des tics convulsifs** (*Arch. gén. de médecine*, 8 mai 1906, pp. 1180 à 1196).

15. **Hémispasme facial périphérique** (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 1er juin 1906, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 septembre 1906).

16. **Sur un cas de rythmie salutatoire d'origine épileptique** (*Gaz. des hôp.*, 11 février 1909).

17. **Six nouveaux cas de rythmie du sommeil (rythmies à la caserne)** (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 15 et 22 mars 1912; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 30 juin 1912).

18. **Trichotillomanie, onanisme et péotillomanie** (*ibid.*, 11 et 18 décembre 1908; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 14 février 1909).

19. **La tiquose.** (Voir *Travaux didactiques*, p. 49.)

20. **Traité des torticolis spasmodiques** (*id.*, p. 48).

Encéphalo-myélite diffuse épidémique et encéphalite léthargique.

La fortune de l'encéphalite léthargique n'est qu'une fortune purement verbale. Démantelée presque dès son apparition avec Netter en mars 1918 à la tribune de l'Académie de Médecine, elle n'a pu résister longtemps à la réalité des faits. Aussi constatons-nous un peu plus chaque jour la justesse de nos idées à ce sujet. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que les premiers en France avec Moutier et Calmettes, en avril 1917, par conséquent avant même Von Economo, de Vienne, nous avons attiré l'attention sur ces faits;

nous avons en particulier décrit la plupart des formes cliniques dont un certain nombre d'auteurs, fort distingués du reste, se disputent actuellement les descriptions originales : il leur suffira, pour se mettre d'accord, de se reporter à notre communication de 1917; c'est la seule manière qu'ils ont de se rendre justice en nous rendant celle qui nous est due.

De septembre à fin décembre 1915, à Commercy, puis à Verdun de décembre à la mi-février 1916; ensuite à Bar-le-Duc, centres successifs où j'eus la direction de services neuro-psychiâtriques importants, j'avais remarqué la fréquence évidente d'encéphalo-myélites d'un type différent des formes habituellement connues. En avril 1917, nous avions pu isoler *quarante* de ces cas, que nous publiâmes sous le terme d'*encéphalo-myélite subaiguë*, ainsi qu'il suit :

Dès l'abord, il avait été assez facile de diagnostiquer des lésions d'ordre cérébral, protubérantiel, cérébelleux, bulbaire ou médullaire; mais les hypothèses d'hémorragie ou de ramollisement, de tumeur, de diabète ou d'urémie, de tuberculose ou de syphilis avaient dû être successivement écartées. Il en fut de même des lésions centrales dites polioencéphalitiques, étudiées par Medin et les Américains; on ne rencontrait pas, en effet, le caractère nettement épidémique avec son début brutal, la fièvre élevée, les vomissements, les douleurs vives, la dissémination étendue des troubles paralytiques se limitant ensuite à certains groupes musculaires et l'atrophie consécutive plus ou moins considérable.

Dans divers cas à réaction fébrile peu intense, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas de quelque typhoïde ou paratyphoïde extrêmement atténuée; mais l'examen du sang ne donnait aucun résultat positif. L'hypothèse d'une méningite cérébro-spinale fruste n'aboutissait pas davantage à une détermination nette : car l'examen du liquide céphalo-rachidien, s'il montrait souvent une réaction lymphocytique et albumineuse, demeurait toujours négatif au point de vue microbien.

Cependant, il était difficile de ne pas être frappé d'un certain air de famille reliant indiscutablement ces faits les uns des autres; on était ainsi fatalement conduit à les ranger parmi les infections des centres nerveux à virulence atténuée. Leurs caractères cliniques généraux sont les suivants :

Début. — Au début, les sujets se sentent pris d'une lassitude extrême, d'asthénie physique et mentale; à défaut d'une céphalée violente, ils se plaignent d'éprouver une sensation de pesanteur.

La fièvre, généralement absente, se manifeste parfois par une élévation de température faible — entre 37°5 et 38 degrés — pendant

peu de jours. Dans les quelques cas où elle a été plus marquée, elle a plutôt semblé traduire un accident particulier de l'évolution clinique : ictus, état de mal, asphyxie bulbaire.

Ces malades, d'âge variant entre vingt-cinq et quarante-cinq ans donnent tous par leur facies inerte, leur indifférence émotionnelle, leur demi-torpeur, leur amaigrissement, leur teint terreux, parfois subictérique, leur inappétence, l'impression de sujets profondément infectés ou intoxiqués.

Formes cliniques. — Sur ce fond général se détachent toute une série de formes cliniques qui sont :

1° Une forme *mentale*, dans laquelle la torpeur cérébrale, l'amnésie, la désorientation, les troubles pupillaires, le tremblement, la dysarthrie, même la paraphasie et les réactions du liquide céphalo-rachidien font songer tout d'abord soit à une paralysie générale, soit à une autre variété de démence.

2° Une forme *convulsive*, dans laquelle les crises se succèdent au point de créer un véritable état de mal, généralement passager.

3° Une forme *choréique*, avec tous les caractères de la grande chorée infectieuse de l'adulte.

4° Une forme *méningitique*, dans laquelle les réactions méningées (raideur, Kernig, rachialgie, somnolence, phénomènes vaso-moteurs) — toujours associés à des troubles encéphaliques profonds et tenaces — ne s'expliquent par aucun des agents actuellement connus.

5° Une forme *hémiplégique*, ou plutôt hémiparétique, qui, par sa marche régressive rapide, sa stabilisation à un certain stade de son évolution, se différencie nettement de l'hémiplégie banale de l'adulte.

6° Une forme *ponto-cérébelleuse*, avec ptosis, paralysies conjuguées des yeux, titubation, et une forme *cérébelleuse simple*, rappelant à s'y méprendre la symptomatologie des tumeurs du cervelet.

7° Une forme *bulbo-protubérantielle*, avec lésions nucléaires variées portant sur les nerfs de cette région : trijumeau, facial, vago-spinal,

8° Une forme *ataxique aiguë* rappelant par certains côtés les polynévrites toxi-infectieuses.

9° Une forme *poliomyélitique antérieure*, dont les caractères, au moins initiaux, font songer à la paralysie infantile, forme au demeurant exceptionnelle.

Évolution. — L'évolution de ces types cliniques, souvent associés entre eux, se fait selon une marche particulière et qui les rapproche, malgré leur polymorphisme, les uns des autres. A part deux cas de mort survenus brusquement (l'un au cours d'un état de mal et l'autre par asphyxie bulbaire), la régression se fait très lentement et les sujets, asthéniques, somnolents, reviennent progressivement à la santé, traînant durant de longues semaines une convalescence interminable et gardant des séquelles en rapport avec leurs lésions anatomiques ; paralysies ou état spasmodique, fatigue cérébrale, atrophie musculaire, tremblement, etc.

Nature. — L'ensemencement et l'inoculation du sang au cobaye, ainsi que les examens du liquide céphalo-rachidien systématiquement pratiqués, n'ont rien donné. Chez le malade mort brusquement d'asphyxie bulbaire, une certaine quantité de la région la plus atteinte du bulbe a été broyée dans un centimètre cube de sérum physiologique et injectée dans le cerveau d'un lapin sans le moindre résultat.

Nous sommes du reste mal placés pour faire ces recherches pathogéniques, la plupart des sujets nous arrivant à la période de stabilisation de leur maladie, quand l'infection elle-même est en décroissance. Ces faits, encore mal connus, doivent passer assez souvent inaperçus, étant donnés, dans un grand nombre de cas, le peu d'intensité de certaines manifestations et leur caractère larvé qui parfois même fait songer à l'exagération persistante d'une fatigue ou d'une simple courbature.

Ainsi, dès notre première communication, nous avions insisté sur le polymorphisme de cette maladie qui rappelait, par certains côtés, la maladie de Medin, mais s'en différenciait cependant par la rareté des localisations médullaires et la fréquence des atteintes encéphaliques, l'irrégularité de la fièvre, habituellement modérée, l'absence ordinaire de douleurs, la persistance de la torpeur cérébrale. Nous avions souligné le facies inerte de ces malades, leur asthénie, leur *somnolence*, indiqué la durée toujours longue de leur convalescence.

Fin 1917, dans la *Revue neurologique*, nous insistions à nouveau sur ces faits curieux qui avaient été observés à Bar-le-Duc, et contrôlés notamment par Marcel Garnier[1] et Marcel Bloch, par Leroy (de Ville Évrard), alors à Saint-Dizier. Mais ils ont continué à passer inaperçus jusqu'au jour où M. Netter les décrivait, après Von Economo (de Vienne), sous le nom d'*encéphalite léthargique*.

D'emblée, nous fîmes remarquer combien cette appellation était inexacte; nous démontrâmes même, avec de nouveaux exemples à l'appui, que le trépied symptomatique signalé par M. Netter — léthargie, fièvre et paralysies oculaires — ne pouvait s'appliquer à tous les cas; et notre conclusion fut que l'encéphalite léthargique n'était qu'une des formes particulières de l'encéphalo-myélite diffuse, telle que nous l'avions isolée en avril 1917.

---

(1) « Savez-vous que le syndrome Cruchet-Moutier, m'écrivait encore Marcel Garnier dans une lettre des Armées, le 9 mai 1918, continue à faire parler de lui? Il y a eu l'infirmière anglaise de notre H. O. E., actuellement en convalescence à Monaco; il y a maintenant, toujours à Froidos, une malade qui relève du même syndrome, et qui a présenté une hémiparésie transitoire en voie d'amélioration. »

Notre conception ne tarda pas, du reste, à être confirmée au cours des nombreuses communications sur l'encéphalite léthargique qui se sont succédé en France depuis la fin de 1919 : à Lyon, Mont pellier, Nancy et notamment à Paris, où les Pierre Marie, Achard, Chauffard, Widal, Sicard, etc., se rallièrent à la lettre même de nos idées — en oubliant de nous citer. Au point de vue clinique comme aux points de vue anatomo-pathologique ou nosographique, leurs observations n'ont fait que répéter les nôtres... près de trois ans après !

En ce qui concerne même le détail de certaines formes cliniques comme la forme myoclonique à type de chorée électrique de Dubini, les réserves de M. Sicard sont encore plus en retard. En 1907, j'ai insisté sur le caractère rythmique de la chorée de Dubini et séparé définitivement ces mouvements de ceux de la chorée pour les classer sous le nom de rythmie, préférable également à celui, plus vague, de myoclonie. Ces rythmies aiguës, nous l'avons indiqué dès le début, sont surtout symptomatiques d'accidents cérébro-spinaux graves (notamment dans la méningite tuberculeuse, la fièvre typhoïde, dans les complications centrales d'ordre alcoolique, syphilitique, rubéolique, broncho-pneumonique, etc.). Un de leurs caractères essentiels est de persister dans le sommeil ou le coma, contrairement à ce qui a lieu dans le tic ou la chorée vraie. Leur pronostic est habituellement fâcheux.

Ces diverses particularités se retrouvent dans les encéphalites rythmiques actuelles, dont un certain nombre de cas ont été décrits à Bordeaux (notamment par Henri Verger), en même temps qu'à Paris. Là encore, M. Sicard n'a fait quc répéter, avec moins de précision du reste, ce qui avait été dit avant lui, il y a quatorze ans.

En conclusion, la conception de l'encéphalite léthargique a fait faillite, même à Paris. L'argumentation de M. Netter, si elle est logique avec l'esprit de son auteur, est manifestement erronée au point de vue médical. Pour lui, en effet, il est tout naturel qu'il y ait poliomyélite sans lésions de la moelle, maladie du sommeil sans sommeil, encéphalite léthargique sans encéphalite ni léthargie. C'est la même conception regrettable qui nous vaut, nous l'avons vu, l'angine diphtérique sans angine ni fausse membrane, la méningite cérébro-spinale sans le moindre signe de méningite ou le tétanos sans le plus petit symptôme de tétanos... Il n'en reste pas moins

évident par la démonstration qui précède, que l'encéphalite, dénommée léthargique en mai 1917 à Vienne et en mars 1918 à Paris, avait été décrite le 27 avril 1917 sous le nom d'encéphalo-myélite subaiguë ou diffuse.

21. **Quarante cas d'encéphalo-myélite subaiguë,** en collaboration avec MM, Moutier et Calmettes (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 27 avril 1917).

22. **Travaux des centres neurologiques d'armée,** en collaboration avec M. Calmettes (*Revue neurologique*, oct.-nov.-déc. 1917, p. 457).

23. **L'encéphalo-myélite diffuse et l'encéphalite léthargique** (*Paris médical*, 14 juin 1919).

24. **Amaurose épidémique et encéphalo-myélite diffuse** (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 7 février 1919; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 25 mai 1919).

25. **Sur un cas d'encéphalite léthargique** (*ibid.*, séance du 21 février 1919, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 8 juin 1919).

26. **Encéphalo-myélite et méningo-encéphalo-myélite diffuse** (*ibid.*, séance du 9 janvier 1920, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 25 janvier 1920).

27. **Nouveaux cas d'encéphalo-myélite diffuse épidémique** (*ibid.*, séance du 6 février 1920, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 20 février 1920).

28. **Encéphalo-myélite diffuse** (*ibid.*, séance du 13 février 1920, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 21 mars 1920, pp. 141 à 143).

29. **Discussion sur l'encéphalo-myélite épidémique** (*ibid.*, séance du 20 février 1920, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 28 mars 1920).

30. **La conception bordelaise de l'encéphalite léthargique ou encéphalo-myélite épidémique** (*Le Scalpel*, Bruxelles, 22 mai 1920, nº 21. — *La Semana médica*, Buenos-Aires, 1er juillet 1920. pp. 1 à 3. — *El Siglo medico*, Madrid, 17 juillet 1920, pp. 527 à 529).

Le Mal des Aviateurs.

Le vol nécessite chez l'aviateur un effort physique et intellectuel constant, effectué dans des conditions auxquelles l'organisme n'est pas primitivement adapté. Il s'ensuit chez certains sujets des troubles qui, par leur aspect clinique particulier, se groupent en un syndrome que nous avons les premiers décrit avec Moulinier en 1911, dans une communication à l'*Académie des Sciences*, et auxquels nous avons donné le nom de MAL DES AVIATEURS, aujourd'hui consacré par l'usage.

On le voit couramment décrit avant la guerre sous les noms de : *aviation* ou *aviator sickness* dans les pays de langue anglaise; *la malattia, il male degli aviatori* ou *di Pegasa* en Italie; *el mal de los aviadores*, dans les pays de langue espagnole; *o mal dos aviadores* en Portugal et au Brésil; *die Fliegerkrankheit* ou *Aviatikerkrankheit* dans les pays de langue allemande.

Réactions vaso-motrices avec congestion de la face, bourdonnements d'oreilles et douleurs auriculaires souvent intolérables, étreinte précordiale avec tachycardie, gêne inspiratoire, céphalée, somnolence avec état syncopal parfois, tels sont les phénomènes, qui sont d'autant plus marqués que la chute se fait de plus haut et avec une vitesse de descente plus grande. A l'atterrissage, si les douleurs auriculaires s'atténuent, les bourdonnements, ainsi que les troubles vaso-moteurs, persistent, tandis que la céphalée et la somnolence s'accusent davantage et qu'apparaissent des sensations vertigineuses avec démarche titubante.

Ces divers phénomènes, fréquemment constatés durant la guerre, sont bien connus des aviateurs. De très nombreuses observations faites dans toutes les armées de l'air, aussi bien en France qu'en Angleterre, Italie ou Amérique, sont venues confirmer les nôtres. C'est presque toujours dans la descente, dès qu'elle dépasse la vitesse de 25 à 30 kilomètres à l'heure, que ces troubles se manifestent; mais ils sont surtout marqués quand cette vitesse atteint et dépasse 60 et 80 kilomètres à l'heure pour arriver, dans certaines circonstances (poursuite dans le combat, aerobatie ou accident), à 100, 150, 180 kilomètres à l'heure et même davantage.

Alors l'audition diminue de plus en plus et les bourdonnements augmentent; mais les sujets insistent surtout sur les sensations extrêmement douloureuses qu'ils éprouvent « dans le fond de l'oreille » : douleurs d'écartèlement, de déchirement, de piqûres acérées ou de coupure à vif. Une étreinte pouvant aller jusqu'à donner l'impression d'une véritable brûlure oppresse la région du cœur. Le sang afflue à la face et aux extrémités, qui sont rouges, congestionnées. Le mal de tête s'exagère. Enfin apparaissent de la torpeur, une somnolence souvent invincible, parfois une défaillance, une syncope avec perte de connaissance. C'est principalement dans les cas de ce genre que l'on observe à l'atterrissage et dans les heures qui suivent, la persistance de la céphalée et le besoin irrésistible et immédiat d'un sommeil profond.

Le besoin d'alcool, tant reproché à certains aviateurs, tient pour une large part à la nécessité de lutter contre cet engourdissement de la conscience. Les excitations génésiques s'affaiblissent aussi, fréquemment, avec les fatigues du vol; nous avons même constaté de l'impuissance passagère s'étendant à plusieurs mois.

Quelle est la cause ? — Si tous les médecins et les aviateurs sont d'accord sur la réalité de ce mal « des aviateurs », comme nous l'avons appelé, on discute encore pour savoir quelle en est la cause exacte. On a incriminé successivement le froid, l'effort intellectuel, l'émotion, le travail musculaire et la fatigue, le vent, la vitesse, la raréfaction de l'air, les variations de la pression atmosphérique, les troubles du nez et du pharynx, l'influence de la digestion.

Dès nos premières recherches, en 1911, nous avions insisté sur l'importance du facteur *vitesse*, surtout manifeste dans la descente des altitudes élevées. Mais la vitesse n'explique pas à elle seule les phénomènes observés. Il y a lieu de tenir compte en même temps de variations de la pression atmosphérique, dont l'action est d'autant plus appréciable que la vitesse est plus grande.

Comment constater *objectivement* sur l'organisme les effets de cette vitesse agissant sur les variations de la pression atmosphérique? Nous avions pensé à interroger la pression artérielle. Et nous avions effectivement constaté, à l'oscillomètre de Pachon, une hypertension artérielle transitoire caractérisée par une augmentation de la valeur de la pression minima après le vol, au moment de l'atterrissage, par rapport à la même pression mesurée avant le vol.

Cette augmentation de la minima est propre aux aviateurs qui descendent d'altitudes élevécs. Nous ne l'avons pas observée chez les aviateurs qui se maintiennent à 100, 150 mètres.

Cette hypertension est d'une grandeur très appréciable, 1 cm. 1/2, 2 cm., 3 cm. dc Hg, qui exclut tout coefficient d'erreur personnelle.

Le fait qu'elle intéresse essentiellement la pression minima, la distinguc des augmentations passagères de la valeur de la pression maxima, observées après travail cérébral (attention, lecture, calcul mental, etc.), dans lequel la valeur dc la pression minima reste sensiblement stationnaire.

Les variations relevées chez les sujets soumis expérimentalement à l'action du froid sont également différentes. On observe, là encore, une nctte hypertension de la pression maxima (de 2 à 5 cm. de Hg), l'augmentation de la minima étant infime en comparaison (1 cm. 1/2 à 1 cm. de Hg). Or, chez l'aviateur, à mesure que le froid augmente avec la hauteur, la tension minima diminue, et à mesure que la hauteur diminue, et que par conséquent la température s'élève, la valeur de la pression minima augmcnte. Ces valcurs, exactement inverses de cel'es obtenues sous l'action du froid seul, montrent que cette hypertension de la minima cst bien spéciale à l'aviateur.

Tout exercice physique — marche, gymnastique suédoise, course à bicyclette, ascension d'escalier avec charge, course à pied, de fond, de vitesse, football, natation — ne provoque pas davantage une hypertension de là minima comparable à celle de l'aviateur à l'atterrissage

L'exercice physique, quel qu'il soit, a généralement pour effet, au contraire, quand on mesure la pression dans les instants qui suivent le moment où l'effort vient d'avoir lieu, de provoquer à la moindre inadaptation, ainsi que l'a démontré Pachon, une hypotension artérielle, notamment de la minima, qui augmente considérablement dès que cette adaptation, s'exagère et que la fatigue apparaît. Il n'en est nullement ainsi pour l'aviateur, chez lequel l'exercice d'un long vol ne se traduit pas à l'atterrissage par cette hypotension de la minima, si habituelle chez les autres sportsmen.

Pour qu'il y ait chez lui hypotension de la minima, il faut que la fatiguc soit extrême et que même un accident (défaillance ou syncope) se soit produit au cours de la descente rapide précédant l'atterrissage.

Pratiquement, avions-nous conclu de nos premières recherches, un aviateur désirant prendre part aux épreuves de hauteur doit être bien doué physiquement, avoir plus particulièrement une bonne vue, une ouïe parfaite; il doit posséder une énergie morale peu commune; il doit s'entraîner méthodiquement et progressivement, non seulement pour habituer son organisme aux variations de la pression atmosphérique, mais aussi pour préparer ses muscles à l'endurance et à la fatigue; il doit se vêtir chaudement, de façon à ne pas souffrir du froid; enfin et surtout, il doit aller *très lentement* aussi bien dans la montée que dans la descente, et s'il est possible, dès qu'il dépasse 2.000 à 2.500 mètres d'altitude, faire des inhalations d'oxygène.

L'expérience de la guerre a non seulement confirmé la réalité du mal des aviateurs tel que nous l'avons décrit, mais encore la justesse de ses conseils, admis aujourd'hui sans conteste.

On trouvera, du reste, dans notre récente brochure dont la traduction anglaise est sous presse, tous les renseignements concernant ce mal nouveau — que nous avons été les premiers à faire connaître.

31. Le mal des aviateurs, en collaboration avec M. Moulinier (*Acad. des Sciences*, 24 avril 1911, et *Journal de physiologie et pathologie générales*, 15 mai 1911, pp. 388-395). — Les premières notes avaient paru dans le *Journal de médecine de Bordeaux* le 18 septembre 1910 et dans la *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux* le 25 septembre 1910. Lire également mes articles dans le *Journal* (Paris, 25 avril 1911); le *Journal médical français*, 15 août 1911); la *Revue scientifique* (9 décembre 1911).

32. Le mal des aviateurs, en collaboration avec M. Moulinier (*Soc. de Biologie*, 21 juin 1919, pp. 677-679, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1919).

33. Fatigue et asthénie cardiaque des aviateurs, en collaboration avec M. Moulinier (*Soc. de Biologie*, 21 juin 1919, pp. 680-681).

34. La névrose des aviateurs (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1919).

35. Le mal des aviateurs. (Voir *Travaux didactiques*, p. 48.)

II. TRAVAUX DE LABORATOIRE

Il est impossible aujourd'hui à un médecin de se désintéresser des études de laboratoire. Il importe toutefois de remarquer que le laboratoire est un lieu où se rencontrent les recherches les plus variées et les expériences les plus différentes. Entre les manipulations d'un histologiste, d'un anatomopathologiste, d'un physiologiste, d'un bactériologiste, d'un chimiste, d'un physicien, d'un botaniste, d'un parasitologiste, d'un médecin ou d'un chirurgien expérimental, les liens de parenté sont plus apparents que réels. En étant trop l'un de ces hommes de laboratoire, aussi remarquables qu'ils soient, on risque, en tombant dans le détail et le particulier, de perdre de vue l'ensemble des phénomènes à étudier.

Le laboratoire, comme la langue d'Ésope, peut être la meilleure ou la pire des choses. Il n'est sans donte pas interdit que la médecine générale, par une critique impartiale et éclairée, sache précisément en déterminer la valeur exacte. Pour cela, ce qu'il importe par-dessus tout, c'est moins d'être un technicien strictement spécialisé dans une des branches de la science médicale qu'un observateur largement convaincu de l'importance de chacune de ces modalités si changeantes de l'expérience biologique qu'il faut savoir apprécier, juger, doser par rapport à la médecine générale.

En ce qui me concerne personnellement, les recherches de laboratoire m'ont toujours intéressé profondément, ainsi que le démontrent, du reste, les travaux ci-dessous.

En ANATOMIE en 1901, nous avons étudié la configuration du cœur chez l'enfant [**120** et **121**] et, en nous basant sur 150 cas, décrit à cet organe, trois faces, trois bords, un sommet : nos conclusions sur ce point ont été adoptées par certains anatomistes, notamment par Poirier (2e édition, t. II).

Nous avons également en 1901, consacré deux études [**115** et **117**] à l'anatomie du thymus, qui était jusque-là fort incomplète. Notre

description, basée sur un ensemble de 59 cas, est devenue classique (voir en particulier Testut et Jacob, *Traité d'anatomie topographique*, t. Ier, pp. 880 et suiv., 3e édition).

—En HISTOLOGIE, avec Anglade, en 1906 [**98**], nous avons étudié la *formation du réseau névroglique* dans le système nerveux de l'homme, et montré que son organisation, déjà avancée dans la moelle, le bulbe et la protubérance aux derniers mois de la vie, très développée dès l'âge de deux mois, était au contraire à peine dessinée aux mêmes époques dans la substance blanche des hémisphères; il semble, par contre, qu'autour de l'âge de deux ans, dans la substance blanche du cerveau, la névroglie prend un développement intensif.

— En ANATOMIE PATHOLOGIQUE, continuant nos recherches sur le thymus, nous avons indiqué [**118**] les transformations histologiques de cet organe au cours des longues maladies de la première enfance et notamment de l'athrepsie : il s'agit de sclérose qui peut entraîner soit de l'atrophie (c'est le cas le plus fréquent), soit de l'hypertrophie (à la suite de broncho-pneumonies, asphyxie, etc.), ainsi qu'il résulte des examens pratiqués sur plusieurs de nos pièces, par MM. Sabrazès et Dupérié.

Ce sont les débris atrophiques du thymus qui donnent naissance, pour Letulle, aux tumeurs du médiastin antérieur. Et le plus souvent, comme nous l'avons montré dans deux cas [**122** et **123**], dont l'un fut examiné histologiquement par M. le professeur Auché, il s'agit de lymphosarcome ou d'adéno-fibro-sarcome en voie de nécrose (Auché).

Dans un cas de myxœdème congénital avec autopsie [**87**], nous avons avec Rocaz recherché, dans le même ordre d'idées, les lésions du thymus qui, contrairement à ce que pensaient certains auteurs, était nettement en voie de sclérose progressive. Nous n'avons décelé, comme dans les cas analogues, la moindre glande thyroïde.

Dans une observation de myopathie primitive pseudo-hypertrophique, publiée avec Rocaz [**83**], nous avons retrouvé les lésions classiques des muscles envahis par la graisse et surtout signalé, d'après la description faite par Anglade, la raréfaction des cellules radiculaires antérieures de la moelle avec hyperplasie névroglique.

Dans deux cas de grenouillette, nous avons pu établir pour la première fois en 1899 [**137**], grâce à l'examen effectué par M. le professeur Sabrazès que, dans l'infection glandulaire ascendante,

on pouvait constater la présence de cocci, des formes en bâtonnet, ainsi que des diplocoques et des staphylocoques.

Dans un cas de maladie de Riga en collaboration avec Leuret [**142**], l'examen de M. le professeur Auché a pu démontrer que l'ulcération pouvait être simplement inflammatoire, contrairement à d'autres auteurs pour lesquels l'origine était épithéliomateuse, angiomateuse, papillomateuse ou granulomateuse.

Signalons aussi la preuve apportée bactériologiquement avec M. Hobbs en 1899 [**132**], que des volumineuses cavernes pulmonaires tuberculeuses peuvent parfaitement cicatriser, comme l'avait cliniquement démontré Laënnec.

Mentionnons enfin l'étude avec M. Leuret [**156**] de la dégénérescence amyloïde infantile des reins, de la rate et du foie, étude qui n'avait guère été faite chez l'enfant, surtout en ce qui concerne le foie et la rate. La pièce ayant trait au rein figure dans l'excellent *Précis des maladies des reins* du professeur agrégé Carles (p. 533).

— En BACTÉRIOLOGIE, nous avons contribué à démontrer dans le laboratoire du professeur Ferré, que la *stomatite pseudo-membraneuse* était un véritable syndrome, fonction de microorganismes différents : streptocoque, diplocoque, bacille de Lœffler, staphylocoque, microcoque [**141**].

Nous avons apporté la même démonstration, et toujours avec le professeur Ferré, en ce qui concerne les *angines pseudo-membraneuses* dans lesquelles on rencontre, par rang de fréquence, le bacille de Klebs-Lœffler, puis le streptocoque, le staphylôcoque, le pneumocoque, le pneumobacille, le colibacille, le bacille de Ferré, étudié par Boussenot, certains cocci, la tétragène, les sarcines, diverses levures, le bacille fusiforme, etc. [**143**].

Nous avons signalé notamment, avec Andérodias, une angine pseudo-membraneuse à staphylocoques et streptocoques (Ferré) qui présenta le deuxième jour de sa convalescence, un *érythème noueux* classique [**146**].

Dans un cas de méningite cérébro-spinale typique, nous avons pu déceler avec Buard (dans le laboratoire Ferré) du bacille d'Éberth à l'état pur dans le liquide céphalo-rachidien [**51**].

Nous avons encore longuement étudié (avec Lepage) la recherche du bacille de Koch dans les selles chez l'enfant et son importance diagnostique, en utilisant le procédé de Nabias [**148**]. Ces notions, assez nouvelles en 1905, quand nous les avons communiquées au

Congrès international de la tuberculose de Paris, sont entrées depuis lors dans la pratique courante.

— En CYTOLOGIE, nous avons particulièrement étudié le liquide céphalorachidien à une époque, en 1900, où, surtout chez l'enfant, l'examen en était exceptionnel. Nous avons contribué à confirmer : 1º que la polynucléose peut exister dans la méningite tuberculeuse; 2º que la lymphocytose se rencontre en dehors de la méningite tuberculeuse [**48**].

— Au point de vue CHIMIQUE, nous avons également montré que la perméabilité méningée à l'iode était relativement rare dans la méningite tuberculeuse, contrairement aux premières observations publiées; qu'elle n'était pas spécifique de la méningite tuberculeuse, puisqu'elle pouvait exister dans la méningite cérébro-spinale [**55**].

— En MÉDECINE EXPÉRIMENTALE et PHYSIOLOGIE, signalons nos recherches sur l'hydrocéphalie tuberculeuse expérimentale avec Henri Verger [**72**], poursuivie en 1908 dans le laboratoire du professeur Moussous, et dans lesquelles nous avons constaté sur une série de neuf lapins, après injection de 1 demi-centicube de liquide ou un tiers de tuberculine de bovidés pour 2 tiers d'eau stérilisée, un maximum de réaction hydrocéphalique aux environs de la quinzième heure. Cette réaction diminue progressivement pour aboutir à un minimum vers la quarante-huitième heure.

Mais nous tenons surtout à indiquer que nous avons été parmi les premiers qui ayions compris toute l'importance de l'oscillométrie inaugurée par le maître Pachon. C'est grâce à elle que nous avons pu étudier la fatigue chez les sportsmen et surtout déceler avec Moulinier les particularités originales du mal des aviateurs, dont nous avons déjà parlé plus haut [**31** à **35**]. C'est aussi avec l'oscillomètre que nous avons essayé plus récemment, avec Moutier et Calmettes, de préciser les réactions vaso-motrices à la chaleur et au froid à l'état normal et pathologique [**79**].

— Enfin, nous pourrions montrer que, même dans la SPÉCIALITÉ, nous n'avons cessé d'expérimenter. Signalons en particulier nos recherches successives sur l'amblyopie et la cécité fonctionnelle qui, commencées chez le professeur Lagrange quand il était à l'Hospice des enfants, nous ont permis d'expliquer certaines particularités jusque-là mal connues, de l'amblyopie monoculaire [**43** à **45**].

III. TRAVAUX DIVERS

SYSTÈME NERVEUX.

Hystérie et pithiatisme.

La question de délimitation de l'hystérie a donné lieu, depuis la conception du pithiatisme, à d'ardentes discussions.

Dès 1907, nous avons objecté à M. Babinski que sa définition (1) avait les graves inconvénients : 1° de rejeter en dehors de l'hystérie des manifestations qui sont indubitablement hystériques; 2° de faire entrer dans l'hystérie un nombre notoire de manifestations qui ne sont nullement hystériques; 3° enfin et surtout de ne pas faire de distinction entre l'hystérie et la simulation.

En ce qui concerne le premier argument, nous avons rapporté des cas absolument indiscutables d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle typique dont la réalité, objectivement clinique, répond à l'hystérie la plus classique. M. Babinski nie ces faits en prétendant qu'ils sont provoqués par suggestion médicale inconsciente. Or, ceux que nous avons observés avaient été découverts par hasard, sans que les malades s'en soient eux-mêmes aperçus et sans éducation préalable. D'ailleurs, comme nous l'avons remarqué, dire que des accidents ont été provoqués par autosuggestion ou suggestion médicale inconsciente, c'est expliquer le fait. Or, du moment qu'on cherche à expliquer le fait, il faut nécessairement qu'il ait commencé par exister; donc son existence ne saurait être contestée.

(1) « L'hystérie, dit Babinski, est un état psychique rendant le sujet capable de s'autosuggestionner. Ce qui caractérise les troubles hystériques, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. »

On peut appliquer la même démonstration à l'amblyopie monoculaire hystérique — dont l'existence, nous l'avons à notre tour établi, ne saurait être infirmée.

On peut aussi l'étendre aux accidents moteurs les plus banaux et classiques comme la crise hystérique elle-même qui peuvent naître, disparaître ou se reproduire sans que la suggestion ou l'auto-suggestion y soient absolument pour rien.

Le second argument est encore plus aisé à démontrer. Il est manifeste que tous les troubles que la suggestion reproduit et fait disparaître ne sont pas nécessairement hystériques. J'ai rapporté l'histoire de ce camarade d'internat à qui, un soir de banquet, on persuada qu'il avait une fracture de cuisse et qui le crut pendant vingt-quatre heures pour guérir ensuite incontinent; j'y ai ajouté le cas fréquent du jeune étudiant qui se découvre tous les signes de la fièvre typhoïde ou de toute autre maladie — dont il vient de lire la description; mais, après la consultation auprès de son maître, il est convaincu de son erreur et guéri aussitôt. Peut-on parler, dans ces cas, de crises d'hystérie? Évidemment non. Il n'est pas davantage de mauvaise habitude, quelle qu'elle soit, qui ne réponde à la définition de Babinski : or, vouloir prétendre que tous ceux qui ont de mauvaises habitudes sont des hystériques, c'est aller, semble-t-il, contre le bon sens.

Enfin, le troisième argument n'est pas moins important, car il montre que l'opinion de Babinski nous a ramené à plusieurs siècles en arrière. « De ce que l'accident hystérique, disais-je, est difficile à différencier parfois de l'accident simulé, cela ne veut pas dire que simulation et hystérie sont synonymes. » Et je faisais remarquer qu'il était vraiment excessif d'admettre que tous les exorcisés du Moyen-Age simulaient pour le plaisir d'être brûlés vifs.

Malgré ces réserves, quand la guerre survint, les idées de Babinski tout d'abord dominèrent et les hystériques furent confondus, sinon avec les simulateurs, du moins avec les exagérateurs et les persévérateurs — ce qui en était pratiquement l'équivalent. Mais peu à peu, malgré tous les moyens de persuasion ou de coercition utilisés — et ils ont été nombreux durant trois ans — l'École parisienne dut capituler devant les faits et accepter les idées, plus raisonnables et plus justes, de l'École de Bordeaux : dans la séance mémorable du 20 mars 1919, après l'intervention de Pitres, la Société de Neurologie de Paris reconnut son erreur; il est curieux de souligner

toutefois que le compte rendu de cette séance n'a jamais été publié : *Errare humanum est...*, *non Parisiacum !*

Sans entrer davantage dans le détail des faits, il est intéressant de constater que l'expérience de la guerre nous a donné gain de cause en précipitant la faillite du pithiatisme.

Le pithiatisme ne saurait englober toute l'hystérie, malgré les idées de son auteur; elle n'en est qu'une très infime partie. L'hystérie séparée de la simulation, doit être aujourd'hui considérée comme un véritable syndrome dont l'origine peut être pithiatique ou suggestive; mais elle peut être aussi due à l'imitation, la contagion mentale, l'émotion avec anxiété, la phobie obsédante et l'idée fixe, la mauvaise habitude, l'aboulie et l'asthénie, le débilité mentale, ou encore à des idées de revendication ou par sinistrose, mélancoliques, de persécution ou même démenticlles. L'avenir confirmera, nous en sommes convaincu, cette conception très différente de celle du pithiatisme et même de l'hystérie classique.

36. **Définition de l'hystérie en général et hystérie infantile** (*Province médicale*, 5 octobre 1907, nº 40).

37. **A propos des définitions de l'hystérie** (*ibid.*, 11 janvier 1908, nº 2).

38. **La discussion sur l'hystérie du 9 avril 1908** (*Journal de médecine de Bordeaux*, 19 avril 1908, pp. 248-251).

39. **Considérations cliniques sur quelques accidents hystériques : hémianesthésie, amblyopie, rétrécissement du champ visuel** (*Soc. de Neurologie de Paris*, séance du 7 mai 1908).

40. **Diagnostic pratique de l'hystérie, spécialement chez l'enfant** (*Paris médical*, 10 août 1912).

41. **L'hypnotisme. Valeur thérapeutique de la suggestion dans les hypnoses** (*Journal médical français*, 15 février 1911).

42. **L'indemnisation des accidents hystériques** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 avril 1919).

43. **Un cas de cécité hystérique**, en collaboration avec M. Aubaret (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 1901, pp. 96 à 101, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1901).

44. **Hystérie juvénile chez une fillette de douze ans; hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète; neuf crises d'amaurose double absolue; perversion de la vision binoculaire; discussion** (*Arch. de neurologie*, septembre 1901).

45. **Sur l'amblyopie hystérique monoculaire et sa disparition dans la vision binoculaire; à propos d'un nouveau cas** (*Arch. de neurologie*, mai 1905).

46. **Sur un cas d'hémianesthésie totale hystérique où l'entrée en jeu du sens stéréognostique réveillait la sensibilité thermique au niveau de la main** (*Soc. de Biologie*, 1905, p. 286).

MÉNINGITES ET PONCTION LOMBAIRE.

47. **Évolution clinique et diagnostic de la méningite tuberculeuse du nourrisson** (*Gaz. des hôp.*, 20 décembre 1904).

48. **Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse de l'enfance** (*Journ. d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques*, 20 novembre 1905).

49. **Méningite tuberculeuse du bulbe avec rémission de deux ans simulant la guérison; glossoplégie droite d'origine périphérique; mort subite par asphyxie bulbaire** (*Revue neurologique*, 30 novembre 1902).

50. **Tuberculose nodulaire du bulbe** (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1902, pp. 197-198).

51. **Sur un cas de méningite cérébro-spinale typique, avec présence du bacille d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien,** en collaboration avec M. BUARD (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 27 avril 1902).

52. **Étude critique sur les rapports de la méningite cérébro-spinale et de la paralysie infantile** (*Journ. médical français*, 15 février 1910).

53. **La ponction lombaire dans quelques maladies de l'enfance; considérations** (*Titres et travaux scientifiques*, 1903-1904, pp. 43 à 45).

54. **Résultats de la ponction lombaire dans deux cas de zona infantile** (*ibid.*, pp. 45 et 46).

55. **Valeur de la perméabilité méningée dans les méningites** (*Soc. de Biologie*, 1902, pp. 1422 et 1423).

56. **Valeur de la perméabilité méningée en neurologie infantile** (*Soc. de Biologie*, 1904, pp. 591 et 592).

57. **Sur la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien et l'albumo-diagnostic** (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 4 mai 1906, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 5 août 1906).

CONVULSIONS, ÉPILEPSIE, CHORÉE, ETC.

58. **Des effets de la ponction lombaire dans les convulsions et l'épilepsie** (*Congrès francais de Médecine*, 16 octobre 1910, t. II, pp. 114-116).

59. **Sur les difficultés de diagnostic chez l'enfant entre les crises épileptiques frustes et les petits accès hystériques** (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 10 avril 1910, pp. 173-175).

60. **Difficultés du diagnostic entre les crises épileptiques frustes et certains tics convulsifs hystériques** (*Gaz. des hôp.*, 3 mai 1910).

61. **Les convulsions de l'enfance et l'épilepsie infantile** (*ibid.*, 5 mars 1912).

62. **Sur quelques points du diagnostic et du traitement de l'épilepsie infantile,** en collaboration avec M. Edg. DUBOURG (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 14 février 1913; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, avril 1913).

63. **Épilepsie jacksonienne grave. Trépanation. Cessation des crises. Disparition des troubles subjectifs,** en collaboration avec MM. BERTRAND et CALMETTES (*Soc. de Neurologie*, 7 juin 1917).

64. **Fracture du crâne méconnue. Commotion cérébrale. Crises d'hystéro-épilepsie avec état obsédant. Trépanation tardive. Guérison.** En collaboration avec MM. BERTRAND et CALMETTES (*ibid.*, 7 juin 1917).

65. **Coup de revolver à la région temporale droite; hématome de l'orbite; exophtalmie; paralysie du releveur de la paupière et du droit interne. Balle au niveau de la région temporale gauche : extraction. Guérison.** En collaboration avec M. DE BOUCAUD (*Soc. d'Anat. et de Physiologie de Bordeaux*, 1899, pp. 300 à 302).

66. **Sur la maladie de Little** (*Gaz. des hôp.*, 4 juin 1904).

67. **A propos du syndrome de Little** (*Assoc. franc. de Pédiatrie*, 6 octobre 1911, et *Province médicale*, 1911).

68. **Considérations sur le tétanos et la tétanie** (*Progrès médical*, 30 mars 1912).

69. **Tétanos traité par injections isotoniques de chloral par la voie sous-cutanée,** en collaboration avec M. Hobbs (*Soc. d'Anal. et de Physiol. de Bordeaux*, 1900, pp. 184 à 190).

70. **Les chorées chroniques** (*Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Nantes, 4 août 1909, et *Revue neurologique*, 30 août 1909, pp. 1057-1059).

71. **L'hippus en neurologie et en particulier dans la chorée** (*Revue neurologique*, 1904, pp. 1147 et 1148).

Hydrocéphalie et anencéphalie, tumeurs cérébrales, etc.

72. **Note sur l'hydrocéphalie tuberculeuse expérimentale,** en collaboration avec M. Henri Verger (*Soc. de Biologie*, 24 juillet 1908, pp. 160-162).

73. **Hydrocéphalie congénitale** (*Soc. Anatomo-Clinique de Bordeaux*, 6 février 1911, et *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 9 avril 1911).

74. **Sur un cas d'hydrocéphalie avec anencéphalie partielle** (*Paris médical*, 13 mai 1911).

75. **Tumeur caséeuse du cervelet** (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 26 juin 1904).

76. **Tumeur caséeuse du lobe gauche du cervelet; amaurose par atrophie papillaire et persistance des réflexes lumineux; paralysie faciale. Pied bot varus équin. Considérations sur la ponction lombaire et la perméabilité méningée** (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, août 1904).

77. **Sarcome du rocher chez un enfant de cinq ans; propagation aux méninges cérébelleuses et aux racines des nerfs mixtes de la base,** en collaboration avec MM. Dupérié et Edg. Dubourg (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 15 juin 1913).

78. **Compression bulbaire par mal vertébral méconnu; tuberculose de l'occipital** (*Soc. d'Anal. et de Physiol. de Bordeaux*, 1900, pp. 300 à 302).

79. **Hémiplégie droite avec dysarthrie et paraphasie par gliosarcome,** en collaboration avec M. Anglade (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 20 juillet 1919).

Maladies de la moelle et des nerfs périphériques;
myopathie et myxœdème, etc.

80. Sur une forme de paralysie segmentaire non traumatique du membre supérieur. Importance des troubles vaso-moteurs, en collaboration avec MM. Moutier et Calmettes (*Annales de médecine,* janvier 1918).

81. Sur une forme clinique des paralysies de la coqueluche, en collaboration avec M. le professeur Moussous (*Congrès de Paris,* 25 octobre 1905, et *Arch. de méd. des enfants,* janvier 1905, pp. 31 à 36).

82. Sur un cas de paralysie infantile à forme monoplégique brachiale (*Arch. gén. de médecine,* 2 mai 1905, n° 18).

83. Muscles pseudo-hypertrophiés et atrophiés provenant d'une myopathie primitive (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux,* 25 mai 1905; in *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 30 juillet 1905, p. 560).

84. Sur un cas de myopathie primitive pseudo-hypertrophique avec autopsie; altérations médullaires, en collaboration avec M. Rocaz (*Arch. de méd. des enfants,* juin 1906, pp. 344 à 353).

85. Myopathie atrophique et pseudo-hypertrophique de l'enfance, en collaboration avec M. Codet-Boisse (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux,* 16 février 1906; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux,* 8 avril 1906).

86. L'extrait glyceriné de thymus dans la myopathie primitive pseudo-hypertrophique (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux,* 1901, pp. 64 à 67).

86 *bis*. L'opothérapie thymique dans la myopathie pseudo-hypertrophique (*Congrès de Nantes,* 27 septembre 1901, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux,* 6 octobre 1901).

87. Myxœdème congénital; stomatite pseudo-membraneuse à colibacilles; broncho-pneumonie; mort; autopsie (En collaboration avec M. Rocaz (*Arch. de méd. des enfants,* fév. 1903, pp. 97 à 104).

88. Myxœdème congénital guéri par l'extrait thyroïdien (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux,* séance du 17 octobre 1904).

89. Idiotie myxœdémateuse (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux,* 5 juillet 1912; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux,* 13 octobre 1912).

90. Hypertrophie congénitale, en collaboration avec M. Richaud (*Province médicale,* 2 mars 1907).

91. **Zona infantile par contagion** (*Paris médical*, 31 décembre 1910).

92. **Traitement de l'incontinence d'urine par les injections épidurales de sérum de Hayem**, en collaboration avec M. Firmin Carles (*Progrès médical*, 4 mars 1911).

93. **Sur un cas de maladie de Morvan**, en collaboration avec MM. Petges et Joulia (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 30 avril 1920; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*. 20 juin 1920.)

Réflexes.

94. **Note sur la recherche du réflexe lumineux** (*Rev. neurologique*, 1903, pp. 215-216).

95. **L'état normal des réflexes plantaires chez l'enfant** (*Titres et travaux scientifiques*, 1903-1904, p. 57).

96. **Sur un cas de dissociation du phénomène des orteils** (*Soc. de Biologie*, 1903, pp. 718-719).

97. **Le réflexe cutané abdominal dans les gastro-entérites de l'enfance** (*Congrès de Médecine de Paris*, 25 octobre 1904, et *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 22 janvier 1905, pp. 63 et 64).

Histologie.

98. **Sur quelques étapes de la formation du réseau névroglique dans le système nerveux de l'homme**, en collaboration avec M. Anglade (*Soc. de Biologie*, 1906, pp. 1092 à 1094).

Psycho-physiologie; maladies mentales.

99. **Évolution psycho-physiologique de l'enfant du jour de sa naissance à l'âge de deux ans** (*L'Année psychologique*, 1911, pp. 48-63).

100. **Les tests de Binet dans le tout jeune âge** (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 14 janvier 1912).

101. **Règles générales de l'éducation chez l'enfant** (*Province médicale*, 24 octobre 1908, pp. 449-451).

102. **Le nouveau-né et l'enfant dans les œuvres de Buffon** (*Bull. médical*, 17 décembre 1907).

103. **Deux précurseurs de l'hygiène de l'enfant et de l'écolier : Scévole de Sainte-Marthe et Nicolas Andry** (*Presse méd.*, 19 octobre 1910).

104. **Les périodes de l'évolution psychique au moment de la puberté** (*Progrès médical*, 31 octobre 1908, pp. 529-532).

105. **Deux cas de peur infantile**, en collaboration avec M. le professeur Moussous (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 3 mars 1905; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 avril 1905, p. 165).

106. **Caprices et peurs infantiles** (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 30 avril 1905).

107. **Les fugues, en particulier chez l'enfant** (*Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Nantes, 2 août 1909, et *Province méd.*, 28 août 1909).

108. **Diagnostic pratique de la déficience mentale et de ses principales variétés cliniques** (*Province médicale*, 30 mars 1912).

109. **L'enseignement pédagogique, le traitement et l'éducation des anormaux dans les hôpitaux-écoles** (*Congrès d'hygiène scolaire*, 3 août 1910, et *Rev. internat. de méd. et de chir.*, 25 août 1910; et *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 21 août 1910).

110. **Émotivité et psychonévroses** (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 9 juillet 1911).

111. **La crainte du danger chez le combattant** (*Mercure de France*, 16 novembre et 1er décembre 1918).

112. **Le courage guerrier** (*ibid.*, 1er juillet 1919).

Centres neuro-psychiatriques.

113. **De l'installation aux armées des centres neuro-psychiatriques** (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, avril 1917).

114. **Travaux du Centre neuro-psychiatrique de Bar-le-Duc** (*Revue neurologique*, décembre 1917).

MÉDIASTIN. CŒUR ET POUMONS.

115. **Macroscopie du thymus chez l'enfant** (*Bull. de la Soc. Anatomique de Paris*, séance du 31 mai 1901).

116. **A propos de l'anatomie du thymus** (*Acad. des Sciences*, 1er février 1909; *Comptes rendus*, pp. 305 et 306).

117. **Considérations sur l'anatomie macroscopique du thymus chez l'enfant** (*Rev. mens. des maladies de l'enfance*, septembre 1901).

118. **Considérations sur l'hypertrophie et l'atrophie du thymus** (*Assoc. franç. de Pédiatrie*, 29 juillet 1910, et *Progrès médical*, 20 août 1910).

119. **Configuration extérieure du cœur chez l'enfant; ses trois faces** (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1901, pp. 9 à 11.)

120. **Les trois faces du cœur chez l'enfant** (*Soc. Anatomique de Paris*, séance du 25 janvier 1901).

121. **Du cœur chez l'enfant; sa configuration extérieure; ses trois faces** (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 15 septembre 1901).

122. **Tumeur du médiastin antérieur; oblitération de la veine cave supérieure** (*Bull. de la Soc. d'Anal. el de Physiol. de Bordeaux*, 1900, pp. 72 à 82).

123. **Tumeur du médiastin antérieur (lymphosarcome) ayant envahi secondairement le péricarde viscéral,** en collaboration avec M. Leuret (*Bull. de la Soc. d'Anal. el de Physiol. de Bordeaux*, séance du 20 juin 1904; in *Journ. de Médecine de Bordeaux*, 9 octobre 1904).

124. **Dilatation énorme du cœur gauche chez une fillette de trois ans; myocardite diphtérique** (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 27 décembre 1903).

125. **Insuffisance aortique chez un enfant de douze ans** (*Bull. de la Soc. d'Anal. el de Physiol. de Bordeaux*, 1901, pp. 24 à 27).

126. **Anévrysme de l'artère poplitée; incision complète du sac; guérison.** En collaboration avec M. de Boucaud (*Soc. d'Anal. el de Physiol. de Bordeaux*, 1899, pp. 108 à 114).

127. **Tuberculose laryngée subaiguë à forme végétante chez une fillette de trois ans et demi** (*Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. el de rhinol. de Moure*, 12 novembre 1904, pp. 587 à 592).

128. **Tubage dans un cas de laryngite morbilleuse suffocante; guérison** (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 27 septembre 1903, p. 472).

129. **Croup et trachéotomie; indications opératoires** (*Titres el travaux scientifiques*, 1903-1904, pp. 19 et 20).

130. **Le pneumothorax tuberculeux chez l'enfant** (Communication au Congrès international de la Tuberculose, Paris, 3 octobre 1905, et *Arch. de médecine des enfants*, février 1906, pp. 90 à 94).

131. **Gangrène pulmonaire avec pyo-pneumothorax à trois ans et demi; côté bifide,** en collaboration avec M. Nancel-Penard (*Bull. de la Soc. d'Anal. el de Physiol. de Bordeaux*, 1903, pp. 186 à 189).

132. **Grosses cavernes pulmonaires guéries, trouvées à l'autopsie d'un emphysémateux mort de broncho-pneumonie aiguë,** en collaboration avec M. le professeur Rondot (*Bull. de la Soc. d'Anal. el de Physiol. de Bordeaux*, 1899, pp. 398 à 402).

133. **Cavernes pulmonaires guéries** (*ibid.*, 18 mai 1908; in *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1er novembre 1908).

134. **Kyste hydatique du poumon**, en collaboration avec M. Fauquet (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1900, pp. 3 et 4).

135. **Kyste hydatique du poumon chez une fillette de neuf ans** (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 18 novembre 1910; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1er janvier 1911).

136. **Pleurésie et hydrothorax cardiaques**, en collaboration avec M. Lautier (*Presse médicale*, 9 juillet 1910).

TUBE DIGESTIF. FOIE. REINS.

137. **Sur deux cas de grenouillette**, en collaboration avec M. Rothamel (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1899, pp. 4 à 7 et 75 à 77).

138. **Perforation du voile du palais dans un cas d'hérédo-syphilis tardive** (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1900, pp. 331 et 332).

139. **Dents d'Hutchinson** (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, séance du 25 juillet 1904).

140. **Ostéomyélite du maxillaire inférieur**, en collaboration avec M. de Boucaud (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1899, pp. 40 à 43).

141. **La stomatite pseudo-membraneuse** (*Titres et travaux scientifiques*, 1903-1904, pp. 9 à 11).

142. **Exulcération sublinguale (maladie de Riga) avec autopsie**, en collaboration avec M. Leuret (*Arch. de méd. des enfants*, mars 1909).

143. **L'angine diphtérique** (*Arch. de méd. des enfants*, juin 1903).

144. **Considérations sur l'angine diphtérique à propos de deux cas personnels** (*Titres et travaux scientifiques*, 1903-1904, pp. 12 à 14).

145. **Traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie** (*ibid.*, p. 15).

146. **Sur un cas d'érythème noueux consécutif à une angine à staphylocoques**, en collaboration avec M. Andérodias (*Titres et travaux scientifiques*, 1903-1904, pp. 62 et 63).

147. **Hémorragies intestinales mortelles dans un cas de tuberculose pulmonaire avec entérite ulcéreuse**, en collaboration avec M. Magne (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, séance du 9 novembre 1903).

148. Le bacille de Koch dans les selles; son importance diagnostique, en collaboration avec M. Lepage (*Congrès internat. de la Tuberculose*, Paris, 3 octobre 1905, et *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, décembre 1905).

149. Néphrite interstitielle chronique avec entérotyphlite simulant une tuberculose pleuro-péritonéo-intestinale (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1899, pp. 402 à 404).

150. Invagination iléo-cœcale au cours de la fièvre typhoïde, en collaboration avec M. Desqueyroux (*Progrès médical*, 6 mars 1909).

151. Néoplasme de l'estomac avec énorme généralisation secondaire du foie (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1900, pp. 149 à 152).

151 *bis*. **Ascaris et appendicite** (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1899, p. 100).

152. Quelques réflexions sur les ictères du nouveau-né (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 13 mars 1910).

153. L'évolution clinique du foie chez l'enfant normal, en collaboration avec M. Sérégé (*Acad. de Méd.*, 31 mars 1908, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 5 avril 1908).

154. Cancer nodulaire du foie (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 30 mars 1908; in *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 août 1908, p. 553).

155. Néphrite toxique et péricardite tuberculeuse chez un bacillaire mort avec des symptômes d'urémie. En collaboration avec M. le professeur Hobbs (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1900, pp. 147 à 149).

156. Dégénérescence amyloïde infantile des reins, de la rate, du foie, en collaboration avec M. Leuret (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 30 janvier 1905).

156 *bis*. **Sur un cas de cancer du rein,** en collaboration avec M. Lautier (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*; in *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 12 avril 1908).

157. Du babeurre ou lait de beurre (Buttermitch) (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 22 février 1903).

158. La cure d'oignon dans les œdèmes et le régime sec (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 12 février 1911).

MALADIES GÉNÉRALES ET DIVERS.

159. **Relation d'une épidémie ressemblant cliniquement au béribéri hydropique** (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, février 1900).

160. **Diabète et traumatisme**, en collaboration avec M. Lautier (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*; in *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1er mars 1908).

161. **Rhumatisme chronique de l'enfant** (*Congrès franc. de Médecine*, Liège, septembre 1905).

162. **Rhumatisme nerveux localisé aux deux médius chez une fillette de douze ans** (*Rev. mens. de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux*, janvier 1903, pp. 23 à 28).

163. **Rachitisme à déformations multiples et excessives** (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 25 juillet 1904).

164. **Évolution de la tuberculose chez le nourrisson** (*Rapport au Congrès national de Gynécol., Obstétr. et Pédiatrie*, Lille, 25-29 mars 1913).

165. **Les formes cliniques de la tuberculose chronique du nourrisson** (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 24 août 1913).

166. **Pronostic de la tuberculose subaiguë du nourrisson** (*ibid.*, 14 septembre 1913).

---

167. **Influence des altitudes moyennes sur l'appareil auditif** (*Titres et travaux scientifiques*, 1903-1904, pp. 65 et 66).

168. **Rapport sur l'état sanitaire du détachement de Plan-Caval. 2.000 mètres** (*ibid.*, p. 67).

169. **L'air raréfié : ses méfaits, son emploi thérapeutique** (*Journ. médical français*, 15 août 1911).

---

170. **Épithélioma osseux secondaire à un trajet d'ostéomyélite ancienne** (*Soc. d'Anat. et de Physiol.*, 1899, pp. 13 à 18).

171. **Sur une anomalie du grand pectoral** (*ibid.*, 1895, pp. 188 et 189).

IV. TRAVAUX DIDACTIQUES

Bien que nous ayons une préférence pour la recherche purement originale, nous avons toujours pensé qu'il était du devoir d'un éducateur de ne pas se désintéresser de l'enseignement proprement dit et de la vulgarisation.

172. Traité des torticolis spasmodiques : spasmes, tics, rythmies du cou, torticolis mental, etc. Préface de M. le professeur PITRES. Un vol. gr. in-8° de xv-836 pages, avec 120 fig. dans le texte (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1907).

173. La pratique des maladies des enfants, en 8 fascicules, publiée sous la direction de R. CRUCHET (J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1909-1914, Paris).

174. Moyenne, grande enfance et puberté (1er fascicule, 1909 100 pages).

175. L'examen clinique de l'enfant (*ibid.*, et *Progrès médical*, 27 novembre 1909).

176. Maladies du système nerveux : les grands syndromes cérébro-spinaux (convulsions, paralysies, idioties); les maladies de l'encéphale, de la moelle, des racines, des ganglions rachidiens et des nerfs, des muscles; névroses et psychoses (*ibid.*, fascicule V, juin 1912, 535 pages).

177. Les arriérés scolaires (monographies in *l'Œuvre médico-chirurgicale*, 6 avril 1908, n° 51 ; Masson et Cie, éditeurs).

178. La tiquose, fasc. VIII, in *Consultations médicales françaises*, août 1909; Poinat, éditeur, Paris (2 éditions). — Même consultation traduite en espagnol.

179. **Les tics,** en collaboration avec M. Triboulet; **chorées chroniques et athétose; rythmose et myoclonies; spasmes localisés et crampes professionnelles,** in *Traité Gilbert-Carnot* (sous presse).

180. **Méningites chroniques et idiotie** (*ibid.*, en préparation).

181. **Le mal des aviateurs : ses causes et ses remèdes,** en collaboration avec M. René Moulinier; préface du professeur Victor Pachon (in *Les Actualités médicales,* J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris; 96 pages, novembre 1919). — Le même (en anglais) sous presse.

Travaux inspirés ou documentés.

182. **Considérations sur quelques cas de pseudo-tétanos,** par F. Brunet (Thèse de Bordeaux, 1901).

183. **Des troubles de la sensibilité cutanée en rapport avec les maladies des organes génitaux internes de la femme,** par F. Duballen (Thèse de Bordeaux, 1901).

184. **De la laxité des ligaments articulaires de la main,** par Henri Allard (Thèse de Bordeaux, 1901).

185. **Étude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale et bilatérale,** par J. Kernéis (Thèse de Bordeaux, 1902).

186. **L'anencéphale et ses réactions vitales (sensitivo-motrices en particulier),** par de Fleurian (Thèse de Bordeaux, 1903).

187. **Diagnostic et appréciation cliniques des signes pseudo-cavitaires dans les affections pulmonaires et pleurales de l'enfance,** par P. Pouillot (Thèse de Bordeaux, 1903).

188. **Le stridor laryngé,** quatre observations personnelles, *in* Thèse de Paris, 1903-1904, par Boulard).

189. **La ponction lombaire à l'hôpital des Enfants de Bordeaux,** par Mlle Dubreuil (Thèse de Bordeaux, 1903-1904).

190. **Complications méningitiques de la fièvre typhoïde chez l'enfant,** par J. Giraudet (Thèse de Bordeaux, 1904-1905).

191. **Les polynévrites de la coqueluche,** par G. Richaud (Thèse de Bordeaux, 1905).

192. **Le bacille de Koch dans les selles chez l'enfant,** par E. Lepage (Thèse de Bordeaux, 1905-1906).

193. **Le spasme nutant,** par L. Granval (Thèse de Bordeaux, 1905-1906).

194. **Étude critique sur la parenté morbide du bégaiement avec les tics et les crampes fonctionnelles,** par L. Bonnet (Thèse de Bordeaux, 1906).

195. **L'évolution clinique du foie chez l'enfant normal,** par Ferrand (Thèse de Bordeaux, 1908).

196. **Du traitement de l'incontinence d'urine, dite essentielle, par les injections épidurales de sérum artificiel,** par Curet (Thèse de Bordeaux, 1910).

197. **Étude clinique du rôle de la ponction lombaire dans les convulsions,** par Noguiès (Thèse de Bordeaux, 1911).

198. **Le kyste hydatique du poumon chez l'enfant,** par Molinié (Thèse de Bordeaux, 1911).

199. **Quelques observations d'injections épidurales dans la névralgie sciatique aiguë,** par Thomas (Thèse de Bordeaux, 1919).

200. **Des injections intra-veineuses de sulfate de cuivre dans quelques cas de tuberculose pulmonaire et de bronchectasie,** par Villiet (Thèse de Bordeaux, 1919).

201. **Troubles psychiques dans l'encéphalomyélite épidémique,** par Harmand (Thèse de Bordeaux, 1920).

202. **Essai de chimiothérapie antituberculeuse : le manganate calcico-potassique,** par Hilleret (Thèse de Bordeaux, juillet 1920).

V. RÉGIONALISME ET PROPAGANDE UNIVERSITAIRE. — SPORT ET VOYAGES

Il ne suffit pas de travailler isolément. Plus que jamais, la nécessité de l'association est devenue indispensable. Aussi, dès le commencement de nos études médicales avons-nous senti l'impérieux devoir de nous extérioriser en fuyant la vieille conception de la tour d'ivoire. Chercher l'union et la défendre dans nos milieux professionnels, mais en n'hésitant pas, s'il le fallait, à nous jeter dans la mêlée : telle fut notre ligne de conduite. Elle n'a pas changé.

Partout où les circonstances de notre vie médicale nous ont amené, nous n'avons jamais perdu ce point de vue. Aussi, les étudiants [**206**], comme nos collègues de l'internat, de l'agrégation ou du Syndicat professionnel des médecins bordelais, nous ont-ils régulièrement trouvé à leurs côtés chaque fois qu'il y a eu à combattre pour des intérêts professionnels ou corporatifs.

Nous avons discuté à bien des reprises sur les réformes médicales en général : externat et internat, études universitaires, médicat et chirurgicat des hôpitaux, agrégation, questions syndicales et professionnelles. Il ne nous est pas possible d'indiquer dans le détail tous les articles que nous avons publiés sur la crise médicale en France, la réforme de l'agrégation, le privat-docentisme, notamment dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, la *Province médicale*, la *Presse médicale*, le *Progrès médical* [**203**].

Nous n'avons pas hésité à mettre parfois au point, pour le grand public, certaines de ces importantes questions quand elles nous ont paru dépasser les bornes de notre horizon médical. La médecine passionne de plus en plus l'opinion, parce qu'elle touche à la santé physique et morale, non seulement de l'individu, mais des collectivités. Il faut avoir le courage de ne pas se désintéresser de la vulgari-

sation de la médecine, dédain couramment affiché dans les milieux universitaires, sous le prétexte que la science pure peut seule honorer le médecin éducateur digne de ce nom. On a laissé ainsi s'implanter dans le domaine public les idées les plus fausses et les théories les plus décevantes. Le rôle du maître dans nos Facultés de médecine n'est pas seulement de former de bons praticiens, mais de savoir, quand il le faut, éduquer le public sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé. La mauvaise renommée de la médecine tient en France, en grande partie, à l'indifférence sociale montrée à son égard par les médecins eux-mêmes qui n'ont, pour elle, le plus souvent, que critiques acerbes et ridicules calomnies. Nous avons pensé faire œuvre utile en nous efforçant de réagir contre ces fâcheuses tendances, malheureusement trop répandues.

Très Girondin, nous avons l'horreur du sectarisme étroit qui existait jadis dans certaines provinces de l'ancien régime et qui, peu à peu, sous l'effet d'une centralisation néfaste, s'est cristallisé à Paris. Notre conviction profonde, et depuis plus de vingt-cinq ans, est que l'avenir intellectuel de la France est, à notre époque, lié à une décentralisation effective. D'ailleurs, Paris sans la province ne serait rien. Paris, capitale de la Gaule, nous appartient autant qu'aux Parisiens; voilà ce qu'il ne faut pas cesser de dire et de redire. Aussi Paris sera-t-il ce que nous voudrons qu'il soit, c'est-à-dire, si nous le voulons, un foyer tolérant, une tribune ouverte à toutes les bonnes volontés et non la chose de quelques privilégiés qui, s'entêtant dans leur démence insensée à la garder jalousement pour eux seuls entre leurs doigts contractés, finiraient par la détruire. Nous ne défendons pas notre clocher pour le voir bientôt élancer sa flèche gracile au-dessus de l'Arc-de-Triomphe sur la place de l'Étoile, où il ferait piteuse figure; mais nous voulons que du haut de cet arc de triomphe, l'œil, y voyant plus loin que les anciens fortifs, embrasse, dans un regard immense et bienveillant, toute notre douce et belle France [**208**].

La verte vieillesse de notre nation est loin d'une décadence — tant annoncée par des ennemis à l'incorrigible myopie; mais pour lui redonner une vigueur nouvelle, il faut s'instruire toujours et sans cesse, aller voir au delà des frontières ce qu'on y fait et ce qu'on pense. Le progrès ne va pas sans voyage : et ce n'est pas au pays des Montaigne et des Montesquieu — ces grands curieux de l'univers — qu'on pourra prétendre le contraire. Pour ma part, ce sera une des

grandes fiertés de ma vie que d'avoir prévu après nombreuses enquêtes sur place, dans un livre paru moins de quatre mois avant la guerre [**210**], le cataclysme imminent perpétré dans les hautes sphères intellectuelles allemandes. Les qualités indéniables de volonté, discipline et organisation de nos ennemis — que je ne méconnais point — ne m'empêchèrent nullement d'avoir des conclusions franchement optimistes sur l'avenir de notre pays. Mais plus que jamais, même après la victoire, il faut nous extérioriser. Favorisons par tous les moyens avec l'étranger, le développement universitaire, échangeons livres et idées, élèves et professeurs, fondons des bourses pour les travailleurs, élevons des maisons d'étudiants, créons des parcs de sport et d'hygiène corporelle, perfectionnons notre outillage, transformons nos cliniques et nos hôpitaux, et rompant définitivement avec les erreurs d'hier, ne songeons plus qu'à nous assurer le succès de demain.

203. La crise médicale en France (*La Revue,* 1er septembre 1909). Consulter également : **Le privat-docentisme** (*Presse médicale,* 29 juillet 1908). — **La crise médicale et le privat-docentisme** (*Progrès médical,* 19 septembre 1908). — **La crise de l'agrégation** (*id.,* 14 mai 1910). — **Quelques mots de plus sur l'agrégation** (*id.,* 10 septembre 1910). — **La pérennité de l'agrégation** (*id.,* 11 mai 1912).

204. La médecine de demain (*Petite Gironde,* 1er et 15 septembre, 28 novembre, 4 décembre 1918, 12 février 1919).

205. L'Université de demain et ses ressources; la médecine et les hôpitaux (*Petite Gironde,* 6 et 20 février 1918).

206. L'étudiant d'aujourd'hui; sa vie économique; son rôle social, conférence du 22 janvier 1919 (*Journ. de Méd. de Bordeaux,* 28 février 1919).

207. Nécessité de l'union universitaire (*Essays,* de Bordeaux, avril 1920).

208. Paris, foyer de décentralisation universitaire (*Mercure de France,* 1er mai 1920).

209. Le sport et l'éducation (*Petite Gironde,* 11 et 18 février, 4 avril 1911).

210. Les universités allemandes au xxe siècle. Préface de Camille Jullian (Armand Colin, Paris, avril 1914, 450 pages). — Voir également : **La médecine dans les universités allemandes,** rapports à l'Université de Bordeaux, 1900 et 1902 (épuisés).

211. **Une semaine à Iéna en juillet 1909** (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, août 1917).

212. **L'Interéchange médical,** rapport au Congrès de la III[e] Semaine de l'Amérique latine, 20-25 octobre 1918 (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, octobre 1918).

213. **Chronique médicale bordelaise** (*Journ de Méd. de Bordeaux*, 1910 à 1920 (250 chroniques) et nombreuses analyses françaises et étrangères.

TABLE DES MATIÈRES